Tweede Kamer der Staten-Generaal 2

Vergaderjaar 2014–2015

34 233 Wijziging van de Zorgverzekeringswet met het oog op het opnemen van regels betreffende een Zvw-pgb

Nr. 6 NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG

Ontvangen 31 augustus 2015

Inhoudsopgave **blz.**

	Algemeen	1
	Leeswijzer	1
1.	Aanleiding	2
2.	De verankering van het Zvw-pgb	4
3.	Uitvoering en voorwaarden van het Zvw-pgb	21
4.	Fraudetoets	37
5.	Gevolgen voor de regeldruk	41
6.	Artikelsgewijs	41

Algemeen

De regering is de leden van de fracties erkentelijk voor de voortvarendheid waarmee de Kamer na indiening van het wetsvoorstel het verslag heeft uitgebracht.

De regering acht het van groot belang dat het Zvw-pgb vanaf 1 januari 2016 wettelijk is verankerd. De regering vertrouwt erop dat met deze nota naar aanleiding van het verslag de vragen van de leden van de fracties afdoende zijn beantwoord en dat de openbare behandeling van het wetsvoorstel hiermee voldoende is voorbereid.

Leeswijzer

De beantwoording sluit zoveel mogelijk aan bij de systematiek en volgorde van het verslag en de memorie van toelichting. In verschillende hoofdstukken komen vergelijkbare vraagstukken aan de orde. Omdat de regering recht wil doen aan de inbreng van de leden van de verschillende fracties in de verschillende hoofdstukken, worden vergelijkbare vragen per hoofdstuk geclusterd beantwoord, maar komt het antwoord in een ander hoofdstuk, waar aan de orde, opnieuw terug.

kst-34233-6
ISSN 0921 - 7371
’s-Gravenhage 2015

1. Aanleiding

De leden van de SP-fractie betreuren de vertraging die de regering heeft opgelopen met dit wetsvoorstel. Zij vragen waarom dit gedeelte niet gewoon uit de afgestemde wet is gelicht en in januari aan de Kamer voorgelegd. Zij vragen welk doel het heeft gediend om dit wetsvoorstel nog even boven de markt te laten hangen.

Met de leden van de SP-fractie is de regering van mening dat het spijtig is dat de wettelijke verankering van het Zvw-pgb is vertraagd. Na verwerping van het wetsvoorstel tot wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten, teneinde te voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg verlenen of zorg laten aanbieden door zorgaanbieders waarin zij zelf zeggenschap hebben (33 362), is een motie[1] aangenomen waarin de regering is verzocht om zo spoedig mogelijk een apart wetsvoorstel in te dienen dat het persoonsgebonden budget verankert in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Een concept van het onderhavige wetsvoorstel is daarop (inter)departementaal voorbereid en ter advisering naar de Afdeling advisering van de Raad van State (hierna: de Afdeling) gestuurd. Het onderdeel Zvw-pgb was in 2015 bij Nota van Wijziging in genoemd verworpen wetsvoorstel gevoegd. Hierdoor had de Afdeling eerder nog niet de mogelijkheid om zich over de regels omtrent het Zvw-pgb te buigen. Het advies van de Afdeling heeft de regering aanleiding gegeven om het wetsvoorstel en de toelichting daarbij op enkele punten aan te passen. In het nader rapport heeft de regering een reactie gegeven op het advies van de Afdeling en heeft zij aangegeven welke wijzigingen zijn aangebracht. Anders dan de leden van de SP-fractie suggereren heeft de regering het wetsvoorstel niet «boven de markt laten hangen» maar is de gebruikelijke wetgevingsprocedure gevolgd.

De regeling is in de ogen van de leden van de CDA-fractie gericht op het financieel houdbaar houden van enkel deze regeling, zonder rekening te houden met de gevolgen voor andere domeinen (Wlz/Wmo). De leden van de CDA-fractie vragen of deze beperkte regeling niet gaat leiden tot een toename van indicatieaanvragen in de Wet langdurige zorg. Zij vragen om een uitgebreide reactie van de regering op dit specifieke punt.

De wijze waarop het persoonsgebonden budget (pgb) is vormgegeven heeft geen invloed op een toename van indicatievragen in een ander domein. Aan de vraag of iemand op grond van de in dat domein geldende voorwaarden in aanmerking komt voor een pgb, gaat immers de vraag vooraf of die persoon binnen het betreffende domein aanspraak heeft op zorg. Maakt een verzekerde aanspraak op zorg op grond van de Zvw, dan kan hij binnen dat domein onder voorwaarden in aanmerking komen voor een Zvw-pgb. Heeft een verzekerde aanspraak op zorg op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz), dan kan hij onder voorwaarden voor een pgb in aanmerking komen voor die zorg.

De leden van de CDA-fractie lezen in het wetsvoorstel vooral dat de zorgverzekeraar de regie over het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet krijgt. De leden van de CDA-fractie vragen daarom waarom de regering steeds benadrukt dat met dit wetsvoorstel «de regie bij de budgethouder wordt neergelegd».

Net als in de andere domeinen (Jeugdwet, Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo) en Wlz) kan een verzekerde, als hij aan de voorwaarden voldoet, in aanmerking komen voor een pgb. Bij de Jeugdwet en de Wmo beoordeelt de gemeente of daarvan sprake is, bij de

[1] Kamerstukken I 2014/15 33 362, nr. M

Wlz gebeurt dat door het zorgkantoor en bij de Zvw door de zorgverzekeraar. Is het pgb toegewezen, dan heeft de verzekerde eigen regie over de besteding van het budget binnen de geldende voorwaarden, waaronder de keuze bij welke zorgaanbieders hij zijn zorg inkoopt.

Daarbij willen de leden van de CDA-fractie graag weten wat bij de regering voorop staat: fraudebestrijding of eigen regie voor patiënten.

Zoals eerder aan uw Kamer gemeld in de brief over het vervolgrapport Thematisch onderzoek aanpak PGB-fraude van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)[2], ziet de regering het pgb als een waardevol instrument om in de zorgvraag en zorgbehoefte van mensen te voorzien. Om die reden is het pgb in de verschillende domeinen van zorg en ondersteuning in wetgeving verankerd. Fraude met het pgb (door anderen dan de budgethouder) benadeelt de mensen die daarmee niet de zorg krijgen waaraan zij behoefte hebben, maar ook het overgrote merendeel van de budgethouders die zeer verantwoord met het pgb omgaan. Voor hen is het pgb een belangrijk instrument om goede, vaak op een zware en speciale zorgvraag toegespitste, zorg naar eigen keuze te kunnen inrichten. De regering ziet deze twee vraagstukken dan ook niet als tegenstelling, maar als aanvullend op elkaar: goede fraudebestrijding draagt bij aan de mogelijkheid om het pgb in te zetten voor mensen die daar wel op een verantwoorde wijze mee omgaan.

De leden van de ChristenUnie-fractie zouden graag een overzicht willen ontvangen over het aantal zorgverzekerden dat op dit moment een pgb ontvangt. Op welke grond en voor welke zorg ontvangen zij dit pgb?

Uit de laatste gegevens van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) van 30 april 2015 blijkt dat er 27.540 unieke cliënten met een pgb zijn overgegaan vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zvw. ZN heeft nog geen betrouwbare informatie beschikbaar over het daadwerkelijk gebruik van het Zvw-pgb in 2015. Die informatie zal worden meegenomen in de monitor over het Zvw-pgb. Mijn streven is de eerste monitor, over het jaar 2015, voor 1 april 2016 uit te brengen.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen waarom deze wetswijziging, 34233, inhoudelijk afwijkt van de nota van wijziging van het eerdere wetsvoorstel 33362. Zij vragen waarom ervoor is gekozen om de invulling van de algemene maatregel van bestuur nader te omschrijven. Zij wijzen op de nieuw in wetsvoorstel opgenomen artikelen 3b en c. Deze leden wensen graag een toelichting op het toevoegen van deze twee artikelen.

Terecht geven de leden van de ChristenUnie aan dat artikel 13a Zvw zoals dat in het verworpen wetsvoorstel was opgenomen, een beperkte grondslag bood om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur regels te stellen. Ten opzichte van dat artikel is in het voorliggende wetsvoorstel de mogelijkheid geschapen om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur vormen van zorg of andere diensten uit te sluiten van het Zvw-pgb of juist te bepalen dat vormen van zorg of andere diensten die onmiddellijk samenhangen met de verkregen verpleging en verzorging, vanuit het Zvw-pgb kunnen worden vergoed. De regering acht dit enerzijds nodig omdat het niet de bedoeling is om het Zvw-pgb ook voor kraamzorg in te zetten, terwijl de formulering van het voorgestelde artikel 13a, eerste lid, die ruimte naar de letter wel biedt, omdat wordt verwezen naar «verpleging en verzorging die niet gepaard gaat met verblijf in verband met geneeskundige zorg». Daar kan kraamzorg ook onder vallen, terwijl het nooit de bedoeling is geweest om het Zvw-pgb

[2] Kamerstukken II 2014/15, 25 657, nr. 159.

daar voor in te zetten. Bovendien kan om wetstechnische redenen niet in de wet rechtstreeks worden verwezen naar de aanspraak verpleging en verzorging, omdat die aanspraak in het onderliggende Besluit zorgverzekering wordt geregeld.
Anderzijds is ook gebleken dat de toepassing van het Zvw-pgb ook moet worden verruimd, zodat het Zvw-pgb in de praktijk, zoals beoogd bij de overheveling, ook kan worden ingezet voor andere zorgvormen die samenhangen met de verpleging en verzorging. Hierdoor kan het bijvoorbeeld mogelijk blijven dat kortdurend verblijf voor kinderen die wijkverpleging als onderdeel van de intensieve kindzorg ontvangen met het Zvw-pgb wordt bekostigd. Omdat de regering deze ruimere mogelijkheid gewenst vindt gezien de bedoeling van het Zvw-pgb, is het wetsvoorstel op dit punt aangepast.

2. De verankering van het Zvw-pgb

De leden van de PvdA-fractie vragen of er signalen zijn dat zorgverzekeraars sturen op het niet kunnen nemen van een pgb?

Zorgverzekeraars toetsen een aanvraag voor een Zvw-pgb op grond van de in de bestuurlijke afspraken met ZN en Per Saldo afgesproken voorwaarden. Ik heb begrepen dat de ene zorgverzekeraar daarbij strikter toetst dan de andere. Ik heb echter geen aanleiding om te concluderen dat zorgverzekeraars sturen op het niet kunnen nemen van een pgb.

De leden van de PvdA-fractie lezen dat de zorgverzekeraars aanvullende voorwaarden kunnen opnemen in hun polissen. Zij vragen om welke voorwaarden het dan gaat. Welke zorgverzekeraars nemen nadere voorwaarden in de polis op? Sturen zorgverzekeraars met deze voorwaarden op het niet kunnen kiezen van een pgb?
De leden van de SGP-fractie vragen zich af of het wenselijk is dat verzekeraars aanvullende voorwaarden en eisen kunnen stellen alvorens een pgb verstrekt wordt. Zij vragen waarom hier voor is gekozen. Zij vragen of het hiermee niet heel gemakkelijk wordt voor verzekeraars om het pgb praktisch ontoegankelijk te maken. Zij vragen hoe de regering dat gaat voorkomen.

In de bestuurlijke afspraken met ZN en Per Saldo is afgesproken dat zorgverzekeraars op een aantal punten aanvullende eisen mogen stellen in hun polissen. Daarbij gaat het niet om aanvullende voorwaarden voor de toegang tot het Zvw-pgb, maar om aanvullende kwaliteitseisen, het stellen van voorwaarden aan de wijze van declareren en het stellen van de voorwaarde dat de zorgovereenkomsten moeten zijn goedgekeurd door de zorgverzekeraar voordat de zorg kan aanvangen en kan worden gedeclareerd.
Zoals eerder aan uw Kamer gemeld[3] gaat het bij de aanvullende kwaliteitseisen niet om voorwaarden voor de toegang tot het Zvw-pgb. Deze mogelijkheid hangt samen met de weigeringsgrond dat het onvoldoende aannemelijk is dat zal worden voorzien in zorg van voldoende kwaliteit. ZN heeft ons geïnformeerd dat verzekeraars van de mogelijkheid om aanvullende kwaliteitseisen te stellen gebruik willen kunnen maken, als blijkt dat de weigeringsgrond van toepassing is, maar de zorgverzekeraar er door aanvullende kwaliteitseisen van verzekerd kan worden dat wel adequate zorg kan worden geleverd en het Zvw-pgb daarmee alsnog kan worden toegekend.

[3] Kamerstukken II 2013/14, 33 362, nr. 23.

ZN heeft mij geïnformeerd dat de bestuurlijke afspraken voor alle zorgverzekeraars leidend zijn. ZN constateert wel dat, omdat dit het eerste jaar van het Zvw-pgb betreft, voor alle betrokken partijen de uitvoering van de bestuurlijke afspraken nog in ontwikkeling is. Waar twijfel is over de interpretatie van de gemaakte bestuurlijke afspraken vindt overleg plaats, zo nodig ook met VWS en Per Saldo.

De leden van de PvdA-fractie lezen dat de regering de mogelijkheid heeft de voorwaarden nader in te vullen als de zorgverzekeraars zich niet aan de afspraken houden, als blijkt dat zorgverzekeraars niet kunnen sturen op kwaliteit van zorg of beheersbaarheid van het instrument. Zij vragen of de regering dit nader kan toelichten.

Met ZN en Per Saldo zijn bestuurlijke afspraken gemaakt over de uitvoering van het Zvw-pgb. Zorgverzekeraars nemen die bestuurlijke afspraken, voor zover nodig en mogelijk, op in hun polisvoorwaarden. In de bestuurlijke afspraken is bovendien afgesproken dat het Zvw-pgb wordt gemonitord. Als uit de monitor blijkt dat partijen zich niet aan de gemaakte afspraken houden, dan zal daar in eerste instantie nader over gesproken worden. Bestaat er geen vertrouwen dat partijen zich alsnog aan de gemaakte afspraken gaan houden, dan bestaat de mogelijkheid om in lagere regelgeving bijvoorbeeld de voorwaarden te stellen waaronder een verzekerde in aanmerking komt van een Zvw-pgb.

De leden van de PvdA-fractie vragen of de regering het ermee eens is dat kwaliteitseisen voor zorg die middels een [pgb[4]] gegeven wordt soms anders ligt dan de kwaliteitseisen van volledig professionele zorgverleners. Zij vragen hoe zorgverzekeraars omgaan met de sturing van kwaliteit van zorg rondom het pgb. Graag ontvangen deze leden een nadere toelichting.

In de bestuurlijke afspraken met ZN en Per Saldo is, conform de per 1 januari 2014 ingezette lijn in de AWBZ, die is overgenomen in de Wmo en de Wlz, een weigeringsgrond opgenomen die inhoudt dat de zorgverzekeraar het Zvw-pgb niet toestaat, als hij van oordeel is dat de verzekerde niet in staat is op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van werkgeverschap en de door hem verkozen zorgaanbieders en/of zorgverleners op zodanige wijze zodanige aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg.
Dat betekent dat de zorgverzekeraar aan de voorkant toetst of de verzekerde of zijn vertegenwoordiger in staat zijn om kwalitatief goede zorg te organiseren.
Heeft de verzekerde een Zvw-pgb toegewezen gekregen, dan is hij zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van de ingekochte zorg. Zorgverzekeraars hebben daarmee geen verdere bemoeienis.

De leden van de PvdA-fractie vragen of de regering kan toelichten hoe de uurtarieven van het pgb onder zorgverzekeraars tot stand komen voor verpleging en verzorging. Zij vragen wanneer de tarieven bekend worden gemaakt.

Zorgaanbieders die verpleging en verzorging leveren, vallen onder de regulering van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Dat betekent dat tarieven en prestaties worden vastgesteld door de NZa. De

4 Er miste een woord in de vraag. Ik lees de vraag van de PvdA-fractie zo dat bedoeld werd te vragen naar het verschil tussen kwaliteitseisen die bij pgb-zorg (wellicht wordt meer in het bijzonder bedoeld zorg verleend door niet-professionals) en bij professionele zorg in natura of via restitutie worden gesteld.

NZa heeft voor verpleging en verzorging maximumtarieven vastgesteld. Voor 2015 gaat het daarbij om acht prestaties, waarvan zes met maximumtarieven en twee (onderlinge dienstverlening en wijkgericht werken) met een vrij tarief. Zorgverzekeraars kunnen verpleging en verzorging inkopen bij zorgaanbieders en daarbij een tarief afspreken dat ligt binnen de tariefruimte van de tarieven en prestaties verpleging en verzorging.

Zorgverzekeraars hebben de bevoegdheid om in hun polis op te nemen hoe hoog de vergoeding is die zij bieden, als een verzekerde ervoor kiest om geen gebruik te maken van het door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbod. Dat geldt ook voor het Zvw-pgb. In de bestuurlijke afspraken met ZN en Per Saldo over het Zvw-pgb is opgenomen dat bij de modaliteit die de verzekeraar kiest bijvoorbeeld sprake moet zijn van een maximum toereikend budget of een toereikend tarief. Bovendien is afgesproken dat de vergoeding nooit hoger is dan wanneer de zorg door gecontracteerde aanbieders wordt geleverd. Zorgverzekeraars dienen hierbij rekening te houden met de door de NZa vastgestelde maximumtarieven.
Zorgverzekeraars maken de hoogte van de vergoeding tegelijk bekend met hun polissen voor het volgende jaar. Dat betekent dat uiterlijk op 19 november van een kalenderjaar de vergoedingen van de verschillende zorgverzekeraars voor het daarop volgende jaar bekend zijn.

De vaststelling van een vergoeding voor niet-professionele zorgverleners staat overigens los van de maximumtarieven van de NZa. Onder de AWBZ is bekeken welk bedrag reëel zou zijn voor niet-professionele zorgverleners. Zoals aan u gemeld wordt de bekostiging voor niet-professionele zorgverleners zowel voor de Wlz, als de Zvw, onderzocht.

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe om wordt gegaan met budgethouders die langlopende contracten met zorgverleners hebben en daar al afspraken over uurtarieven in hebben. Zij vragen hoe ermee wordt omgegaan wanneer blijkt dat deze uurtarieven hoger liggen dan de maximum tarieven. Zij ontvangen graag een nadere toelichting.

Een verzekerde kan aan het eind van het jaar bij de keuze van zijn polis rekening houden met de vergoeding die de zorgverzekeraar voor het Zvw-pgb biedt. Vindt hij de vergoeding onvoldoende, dan kan hij zich oriënteren op de mogelijkheden bij andere zorgverzekeraars.

Zijn er geen zorgverzekeraars die de vergoeding bieden die de verzekerde met zijn zorgverlener heeft afgesproken, dan dient hij de overeenkomst met zijn zorgverlener daarop aan te passen. De verzekerde mag de hogere vergoeding ook zelf financieren. Als een verzekerde van mening is dat de vergoeding die zijn zorgverzekeraar biedt in zijn specifieke situatie niet toereikend is, dan kan hij daarover in gesprek met zijn zorgverzekeraar om te bezien of maatwerk mogelijk is. Daarbij is het van belang te benadrukken dat het zorgaanbieders die onder het bereik van de Wmg vallen niet is toegestaan hogere tarieven in rekening te brengen dan de door de NZa vastgestelde maximumtarieven en dat het daarmee zorgverzekeraars ook niet is toegestaan een hogere vergoeding te betalen dan de betreffende maximumtarieven.

De leden van de PvdA-fractie vragen of de hoogte van het budget wel voldoende geborgd is om die zorg te kunnen bieden die mensen nodig hebben. Zij vragen of hier een nadere toelichting op gegeven kan worden. Ze vragen hoe wordt gemonitord of mensen met het Zvw-pgb nog op voldoende wijze hun zorg kunnen inrichten.

De modaliteit van toekenning van het Zvw-pgb, zo staat er in de bestuurlijke afspraken met ZN en Per Saldo, kan per zorgverzekeraar verschillen. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om een maximum toereikend budget voor een bepaalde tijdsperiode of om een aantal uren tegen een toereikend tarief. Het is, in lijn met het stelsel van de Zvw, aan de zorgverzekeraar om dit in te vullen. Als een verzekerde vindt dat de vergoeding die de zorgverzekeraar biedt niet toereikend is, dan kan hij zijn zorgverzekeraar daarop aanspreken. Met het voorgestelde wetsvoorstel kan bovendien bij algemene maatregel van bestuur een niveau van vergoeding worden vastgesteld, als in de praktijk blijkt dat zorgverzekeraars hier niet zorgvuldig mee omgaan.
Bij de monitoring wordt onder meer gekeken naar de kwaliteit van de ingezette zorg. Daarbij zal ook met budgethouders worden gesproken.

De leden van de PvdA-fractie hebben signalen gekregen dat er geld wordt in gehouden van het pgb om administratieve kosten te dekken. Deze leden vinden dit niet wenselijk. Zij vragen welke zorgverzekeraars dit doen. Zij vragen wat het oordeel van de regering hierover is. Zij vragen of er ook geld in wordt gehouden van budget voor andere zaken.

Zoals uw Kamer op 17 augustus jl. ook is geïnformeerd naar aanleiding van vragen van Kamerlid Otwin van Dijk over dit onderwerp[5] was in de situatie die aanleiding was voor de Kamervragen geen sprake van een korting op het budget in verband met administratieve lasten. De regering heeft geen signalen dat er zorgverzekeraars zijn die dat wel doen.

Ten aanzien van de vraag of er een korting op het budget bestaat voor andere zaken het volgende. Het is de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars om de hoogte van de vergoeding van niet door hen gecontracteerde zorg te bepalen. Uiteraard moeten ze hierbij wel binnen de door de NZa vastgestelde maximumtarieven voor verpleging en verzorging blijven aangezien de Wmg ook van toepassing is op zorg die met een Zvw-pgb wordt ingekocht. Toen de functies verpleging en verzorging vanuit de AWBZ zijn overgeheveld naar de Zvw is dit gebeurd met een taakstelling van € 440 mln op het totale kader wijkverpleging (zorg in natura, restitutie en het Zvw-pgb). Het is aan zorgverzekeraars hoe ze deze korting hebben ingevuld. Dat kon zowel op verpleging, als verzorging.

De leden van de PvdA-fractie vinden het mooi dat het wetsvoorstel ruimte biedt om te bepalen dat andere vormen van zorg of andere diensten die onmiddellijk samenhangen met de verkregen wijkverpleging vanuit het Zvw-pgb kunnen worden vergoed en dat het hierdoor mogelijk is bijvoorbeeld kortdurend verblijf voor kinderen die wijkverpleging ontvangen met het Zvw-pgb bekostigd kunnen worden. Zij vragen of kan worden aangegeven welke vormen van deze samenhangende zorg worden aangeboden binnen de ruimte die het wetsvoorstel biedt.

Het Zvw-pgb wordt momenteel niet alleen ingezet voor enkel de benodigde verpleging en verzorging, maar ook voor zorgvormen die daar sterk mee samenhangen, zodat mensen langer in hun eigen omgeving zorg kunnen ontvangen en eigen regie kunnen houden. In lijn met de bedoeling bij de overheveling van de zorg kan het Zvw-pgb voor kinderen die wijkverpleging als onderdeel van de intensieve kindzorg ontvangen, of in het geval van palliatief terminale zorg ook worden ingezet voor daarmee samenhangend kortdurend verblijf, alsmede het zittend ziekenvervoer naar een verpleegkundig kinderdagverblijf. De formulering die in het wetsvoorstel is gekozen beperkt op zichzelf niet welke andere zorgvormen met een Zvw-pgb kunnen worden ingezet. In de toekomst zou

[5] Kamervragen II 2014/15, 3057.

bij algemene maatregel van bestuur gekozen kunnen worden voor een uitbreiding van de mogelijkheid van inzet van een Zvw-pgb. De voorwaarde is daarbij echter wel dat de zorgvorm onmiddellijk samenhangt met de benodigde verpleging en verzorging. Hiermee blijft deze mogelijkheid in lijn met het doel en de bedoelde reikwijdte van het Zvw-pgb.

De leden van de PvdA-fractie hebben signalen ontvangen dat sommige zorgverzekeraars niet op de hoogte zijn van het feit dat zorg in natura gecombineerd kan worden met het Zvw-pgb. Zij vragen op welke wijze de regering helder gaat maken aan alle zorgverzekeraars dat zij deze combinatie dienen aan te bieden. Zij vragen hoe de regering gaat optreden wanneer blijkt dat zorgverzekeraars zich niet aan deze afspraak houden.

De regering acht de mogelijkheid van het combineren van zorg in natura en een Zvw-pgb gewenst, omdat daarmee de keuzevrijheid van de verzekerde verder wordt vergroot. De Zvw biedt ook nu al de ruimte voor een combinatie van zorg in natura en het Zvw-pgb. De vraag of deze combinatie mogelijk is, is al meerdere malen aan de orde geweest en is door mij onder de aandacht van de zorgverzekeraars gebracht[6]. ZN heeft mij laten weten dat zorgverzekeraars de combinatie van zorg in natura en pgb gaan toestaan. Ik heb al meerdere keren aangegeven dit wenselijk te vinden. Tot nu toe konden verzekerden zich met individuele problematiek bij hun zorgverzekeraar melden. In de polissen van 2016 zal dit echter breed mogelijk worden gemaakt. Zorgverzekeraars zullen daarbij wel nadere condities stellen om te voorkomen dat zorgaanbieders binnen één prestatie aan dezelfde verzekerde zorg in natura en met een pgb bieden. Daarmee wordt bewerkstelligd dat zorgaanbieders het Zvw-pgb niet kunnen benutten om via een omweg buiten het met de zorgverzekeraar gesloten contract kunnen gaan.

De leden van de SP-fractie vragen welke ervaringen de regering inmiddels met de Kamer kan delen over het ingevoerde Zvw-pgb.

De regering heeft uw Kamer via verschillende brieven, antwoorden op Kamervragen en verschillende debatten geïnformeerd over de wijze waarop het Zvw-pgb in de praktijk vorm heeft gekregen sinds 1 januari 2015. In algemene zin wordt verwezen naar die eerdere stukken en naar de beantwoording van de hier voorliggende vragen. Op de specifieke vragen van de leden van de SP-fractie gaat de regering hierna in.

De leden van de SP-fractie vragen hoeveel mensen in 2014 een pgb hadden en dat hebben behouden?

Uit de laatste gegevens van ZN van 30 april 2015 blijkt dat er 27.540 unieke cliënten met een pgb zijn overgegaan vanuit de AWBZ naar de Zvw.

De leden van de SP-fractie vragen hoeveel mensen bij de herindicatie een afwijzing hebben gekregen en hoeveel mensen bij de eerste aanvraag. Zij vragen op welke gronden pgb's niet worden verstrekt, welke afwijzingsgronden worden gehanteerd en welke verschillen daarin te zien zijn tussen verschillende zorgverzekeraars.

Op dit moment zijn daarover nog geen cijfers beschikbaar. In de bestuurlijke afspraken tussen ZN, Per Saldo en VWS over het Zvw-pgb van maart 2014, is met ZN en Per Saldo afgesproken om de uitwerking van het

---

[6] Zie hierover onder meer Kamerstukken II 2014/15, 34 104, nr. 64.

Zvw-pgb in de praktijk nauwlettend te volgen. Om hieraan invulling te geven wordt het Zvw-pgb over 2015 en 2016 gemonitord. Het streven is de eerste monitor, over het jaar 2015, voor 1 april 2016 uit te brengen. In die monitor zal het aantal door zorgverzekeraars geweigerde pgb-toekenningen, met (gerubriceerde) weigeringsgronden, worden opgenomen. Betreffende gegevens zullen uitsluitend op geaggregeerde wijze, als totaal, in de monitor terug komen, dus niet per individuele zorgverzekeraar.

De leden van de SP-fractie vragen of er ook mensen vrijwillig zijn overgestapt van pgb naar zorg in natura vergoeding.

De regering heeft hierover geen cijfers. De keuze om over te stappen van een Zvw-pgb naar zorg in natura kan overigens altijd gemaakt worden. De zorgverzekeraar moet dan op grond van zijn zorgplicht passende zorg ter beschikking stellen.

De leden van de SP-fractie vragen hoeveel mensen bezwaar hebben gemaakt tegen een (her)indicatie. Zij vragen hoeveel daarvan zich gemeld hebben bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ).

Voor de goede orde het volgende: een indicatie of herindicatie wordt uitgevoerd door de wijkverpleegkundige. De zorgverzekeraar heeft hier geen bemoeienis mee. Op basis van de indicatie heeft de verzekerde een aanspraak op zorg die de zorgverzekeraar vanuit zijn zorgplicht moet aanbieden of vergoeden. Omdat de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) zich bezig houdt met klachten tegen en geschillen met de zorgverzekeraar, heeft de SKGZ geen rol bij indicatiestellingen.

Tegen een indicatie of herindicatie staat onder de Zvw geen bezwaar open. Als een verzekerde het niet eens is met het oordeel van de zorgverlener, kan hij of zij onder voorwaarden wel een second opinion aanvragen. Een andere zorgverlener beoordeelt de situatie dan nogmaals onafhankelijk van de eerdere indicatiestelling. Deze aanspraak op een second opinion bestaat voor alle zorg onder de Zvw en daarmee sinds 1 januari 2015 ook voor verpleging en verzorging.
Er wordt niet geregistreerd hoe vaak een second opinion binnen de Zvw wordt aangevraagd. De regering kan dan ook niet aangeven hoe vaak dit is voorgekomen.

De leden van de SP-fractie vragen welke verschillen de regering ziet tussen zorgverzekeraars in hun verstrekkingenbeleid. Ook vragen deze leden hoe de tarieven zich hebben ontwikkeld en welke verschillen te zien zijn tussen zorgverzekeraars.

De modaliteit van toekenning van het Zvw-pgb, zo staat er in de bestuurlijke afspraken met ZN en Per Saldo, kan per zorgverzekeraar verschillen. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om een maximum toereikend budget voor een bepaalde tijdsperiode of om een aantal uren tegen een toereikend tarief. Het is, in lijn met het stelsel van de Zvw, aan de zorgverzekeraar om dit in te vullen. De tarieven die zorgverzekeraars hanteren maken zij in hun verzekeringspolis openbaar. Naar verwachting zullen de verschillen tussen zorgverzekeraars via onder meer vergelijkingssites inzichtelijk worden gemaakt. Eind 2014 heeft ook Per Saldo een vergelijking gemaakt tussen polissen van de verschillende zorgverzekeraars. Mogelijk zullen zij dat ook dit jaar doen.

De leden van de SP-fractie vragen hoeveel mensen inmiddels geherindiceerd zijn en hoeveel mensen nog een herindicatie moeten krijgen.

Door VWS worden hierover geen landelijke registraties bijgehouden. Zorgverzekeraars hebben met zorgaanbieders afspraken gemaakt over het herindiceren van cliënten en de termijn waarbinnen dit moet gebeuren. Deze afspraken kunnen per verzekeraar verschillen.

ZN heeft mij geïnformeerd dat zorgverzekeraars ernaar streven om zoveel mogelijk herindicaties in 2015 te laten plaatsvinden. Verzekerden die in 2015 nog niet op initiatief van de zorgverzekeraar zijn geherindiceerd, kunnen tot de herindicatie ook in 2016 rekenen op voortzetting van het Zvw-pgb. Als een herindicatie heeft plaatsgevonden, zal de zorgverzekeraar ook toetsen of de verzekerde aan de afgesproken voorwaarden voor het Zvw-pgb voldoet. Van de verzekerde wordt verwacht dat hij daarvoor een nieuw budgetplan indient. ZN heeft mij geïnformeerd dat zorgverzekeraars rekening houden met een redelijke termijn tussen de beslissing over het Zvw-pgb en de ingangsdatum van een eventuele nieuwe situatie. Verzekerden zullen hierover worden geïnformeerd.

De leden van de SP-fractie vragen of bekend is hoeveel mensen daadwerkelijk een bewust keuze gesprek krijgen en hoe verschillende zorgverzekeraars daar mee omgaan. Zij vragen of dit instrument leidt tot andere uitkomsten dan de aanvraag en zo ja, in hoeveel van de gevallen.

In de bestuurlijke afspraken over het Zvw-pgb is vastgelegd dat de zorgverzekeraar een bewust keuze gesprek kan inzetten bij de beoordeling of een verzekerde in aanmerking komt voor een Zvw-pgb. De regering vindt het bewust keuze gesprek een belangrijk instrument, omdat het niet alleen inzicht geeft in de vraag of de verzekerde inderdaad zelf voor het pgb kiest, maar ook of de verzekerde aan de gestelde voorwaarden voldoet. Bovendien is het een moment waarop de zorgverzekeraar de verzekerde kan informeren over hoe het Zvw-pgb is vormgegeven.

ZN heeft mij geïnformeerd geen informatie te hebben over de wijze waarop individuele zorgverzekeraars dit invullen. Het voornemen bestaat om in het modelreglement Zvw-pgb voor 2016 het bewust keuze gesprek in ieder geval standaard te voeren, als een zorgverzekeraar op basis van de aanvraag van oordeel is dat de zorgvraag van de verzekerde niet voldoet aan de afgesproken criteria voor een Zvw-pgb.

De leden van de SP-fractie lezen in de memorie van toelichting dat de regering aangeeft dat het wetsvoorstel zoals nu voorligt, grotendeels overeenkomt met het voorstel zoals het eerder was voorgelegd (wetsvoorstel 33 362). Deze leden vragen om een toelichting op de term «grotendeels». Zij vragen of de regering een helder en volledig overzicht kan geven van de verschillen tussen het nu voorliggende wetsvoorstel en het eerdere wetsvoorstel en de redenen voor die verschillen.
De leden van de D66-fractie lezen dat het met dit wetsvoorstel voorgestelde artikel 13a Zvw inhoudelijk «grotendeels» overeenkomt met de bepaling over het Zvw-pgb zoals deze was opgenomen in wetsvoorstel 33 362. Zij vragen of de regering inzichtelijk kan maken op welke punten het voorliggende wetsvoorstel afwijkt van het bepaalde in wetsvoorstel Kamerstuk 33 362 en wat dit materieel betekent.

Onderhavig wetsvoorstel verschilt op een beperkt aantal onderdelen van het artikel in het verworpen wetsvoorstel:
– Het wetsvoorstel bevat, net als het verworpen voorstel, een grondslag om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur regels te stellen over enkele onderwerpen omtrent het Zvw-pgb. In onderhavig wetsvoorstel is de grondslag wat ruimer, in die zin dat vormen van zorg uitgesloten kunnen worden van het Zvw-pgb of juist kan worden bepaald dat vormen van zorg of andere diensten die onmiddellijk

samenhangen met de verkregen verpleging en verzorging, vanuit het Zvw-pgb kunnen worden vergoed. Voor de mogelijkheid tot beperking is gekozen om wetstechnische redenen. De verwijzing naar «verpleging en verzorging die niet gepaard gaat met verblijf in verband met geneeskundige zorg», zoals omschreven in artikel 10, onderdeel f, van de Zvw houdt namelijk in dat kraamzorg onder de reikwijdte van het Zvw-pgb zou vallen. Het Zvw-pgb is echter alleen bedoeld voor verpleging en verzorging als omschreven in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekeringen. De mogelijke verruiming van het gebruik van het Zvw-pgb bij algemene maatregel van bestuur acht de regering gewenst omdat het verworpen wetsvoorstel het gebruik beperkte tot enkel verpleging en verzorging, terwijl in de praktijk ook direct daarmee samenhangende vormen van zorg worden ingekocht, zoals kortdurend verblijf voor kinderen als onderdeel van de intensieve kindzorg.
- Aan het wetsvoorstel is naar aanleiding van een opmerking van de Afdeling daarover, een begripsomschrijving van het Zvw-pgb ingevoegd.
- De memorie van toelichting bij het wetsvoorstel verschilt ten opzichte van de toelichting bij de tweede nota van wijziging op het verworpen wetsvoorstel waar het gaat over de passage over normale verouderingsprocessen. Deze passage is uit de toelichting verwijderd naar aanleiding van opmerking van de Afdeling en de verwarring die deze passage in de praktijk opriep. ZN en Per Saldo gaven ook aan dat de passage geen meerwaarde had en geschrapt kon worden uit de memorie van toelichting. ZN heeft mij bovendien geïnformeerd dat de betreffende term in 2016 uit het modelreglement geschrapt zal worden.

De leden van de SP-fractie constateren dat de regering ervoor kiest om bepaalde zaken te regelen via een algemene maatregel van bestuur (amvb). Deze leden vragen de regering toe te lichten waarom er voor gekozen is dit per amvb te regelen en waarom dit niet in de wet zelf wordt vastgelegd.

De regering heeft er voor gekozen om in het wetsvoorstel te regelen dat het Zvw-pgb in alle polissen wordt opgenomen en een grondslag te creëren voor het bij of krachtens algemene maatregel van bestuur stellen van regels over enkele onderwerpen omtrent het Zvw-pgb. Hoewel deze grondslag zoals hierboven aangegeven wat breder is dan van het verworpen wetsvoorstel, is dit in lijn met de bedoeling van het eerdere voorstel. Voor een grondslag om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur regels te kunnen stellen is gekozen omdat het niet noodzakelijk is om (nu al) regels over al deze onderwerpen te stellen. Het past binnen de systematiek van de Zvw dat zorgverzekeraars de bevoegdheid en verantwoordelijkheid hebben om invulling te geven aan de uitvoering van de zorgverzekering. Deze bevoegdheid en verantwoordelijkheid heeft de regering ook voor het Zvw-pgb zoveel mogelijk in stand willen laten. Tegelijkertijd bestaat de wens om indien nodig bepaalde zaken nader te regelen. Daarbij ziet de regering als gewenst dat deze relatief snel en eenvoudig (zonder wetswijziging) aangepast kunnen worden. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij de regels over de maximale vergoedingen voor zorg verleend door niet-professional. De regering is vooralsnog voornemens om alleen regels te stellen over de maximale vergoedingen en over de zorgvormen die met het Zvw-pgb kunnen worden ingekocht. De bestuurlijke afspraken met Per Saldo en ZN bieden voldoende kaders voor een goede uitvoering van het Zvw-pgb.

Specifiek vragen de leden van de SP-fractie naar een viertal onderwerpen. Ten eerste geven zij aan dat een afgebakende doelgroep in aanmerking komt voor een Zvw-pgb. Zij vragen de regering toe te lichten hoe zij van plan is de doelgroep af te bakenen. Zij vragen wat zowel de inclusie- als de exclusiecriteria zijn waaraan wordt gedacht. Zij vragen of het klopt dat deze per zorgverzekeraar gaan / kunnen verschillen. Indien dat het geval is, vragen deze leden hoeveel vrijheid de zorgverzekeraars krijgen om dit zelf in te vullen. De regering geeft aan dat indien in de praktijk mocht blijken dat de gemaakte afspraken niet voldoende tot uitwerking komen, de regering dan de mogelijkheid heeft om de voorwaarden nader in te vullen. De leden van de SP-fractie vragen hoe en door wie dit wordt gemonitord. Zij vragen wie bepaalt of een afspraak niet voldoende tot uitwerking is gekomen. Zij vragen wanneer er door de regering tot actie wordt overgegaan.

In de bestuurlijke afspraken tussen ZN, Per Saldo en VWS zijn afspraken gemaakt over de doelgroep van het Zvw-pgb en over de voorwaarden waaraan de zorgvraag van de verzekerde moet voldoen om in aanmerking te komen voor het Zvw-pgb. ZN heeft deze bestuurlijke afspraken verwerkt in een modelreglement. ZN heeft mij geïnformeerd dat zorgverzekeraars binnen de kaders van de Mededingingswet streven naar een zo uniform mogelijke uitwerking van het Zvw-pgb voor 2016. De bestuurlijke afspraken zijn daarbij het uitgangspunt.

Bij de afgesproken voorwaarden gaat het om een combinatie van voorwaarden aan de zorgvraag van de verzekerde en de persoon van de verzekerde zelf. De gedachte daarachter is dat de verzekerde op basis van zijn zorgvraag behoefte heeft aan eigen regie bij de inzet van zorgverleners. Bijvoorbeeld als gegeven de specifieke zorgverlening sprake is van de noodzaak voor vaste zorgverleners of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen, zoals één van de criteria uit de bestuurlijke afspraken luidt. Daarnaast is een doelgroep afgebakend die voor het Zvw-pgb in aanmerking komt. Daarbij is onder meer afgesproken dat een verzekerde op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger de taken en verantwoordelijkheden die horen bij het Zvw-pgb uit te voeren én weloverwogen keuzes te maken bij de inzet van zorgverleners, opdat sprake is van verantwoorde zorg. Daarmee worden voorwaarden gesteld aan de persoon van de verzekerde.

In de bestuurlijke afspraken zijn partijen overeengekomen om de uitwerking van het Zvw-pgb vanaf de start in de praktijk nauwlettend te zullen volgen. Doel daarvan is om in 2015 en 2016 periodiek te bezien of het Zvw-pgb de beoogde toekomstbestendige oplossing is als antwoord op specifieke zorgvragen waarbij de verzekerde zelf maximale eigen regie kan en wil uitoefenen. Een aspect dat hierbij in ieder geval aan de orde komt is de afbakening van de doelgroep en de noodzaak tot aanscherping en/of toevoeging van de criteria op basis waarvan verzekerden in aanmerking komen voor een Zvw-pgb. Om hierover een uitspraak te kunnen doen is inzicht nodig in de financiële ontwikkeling van het pgb en het aantal door verzekeraars geweigerde pgb-toekenningen (nieuwe aanvragen en herindicaties), voorzien van weigeringsgronden. Deze gegevens zullen worden meegenomen in de monitor.

De uitvoering van de bestuurlijke afspraken over het Zvw-pgb geschiedt in goed overleg tussen VWS, ZN en Per Saldo.

Ten tweede vragen zij of de regering aan kan geven welke typen zorg en welke diensten op voorhand worden uitgesloten van het Zvw-pgb, en op basis van welke redenen die uitsluiting plaatsvindt. Het voorbeeld van kraamzorg wordt genoemd, maar de leden van de SP-fractie vragen of er

reeds een uitgebreidere lijst bestaat van uit te zonderen vormen van zorg of diensten. De Raad van State oordeelt dat het pgb eigenlijk een vreemde figuur is in de Zorgverzekeringswet, zeker als het gaat om naturapolissen. Deze leden vragen of de regering garandeert dat deze mogelijkheid niet gebruikt zal worden om wijkverpleging in de toekomst uit te kunnen zonderen van pgb-financiering.
Ten derde vragen zij naar andere vormen van zorg of overige diensten die onmiddellijk samenhangen met verpleging en verzorging die niet gepaard gaan met verblijf in verband met geneeskundige zorg, met een Zvw-pgb vergoed kunnen worden.

Het Zvw-pgb wordt momenteel niet alleen ingezet voor enkel de benodigde verpleging en verzorging, maar ook voor zorgvormen die daar sterk mee samenhangen, zodat mensen langer in hun eigen omgeving zorg kunnen ontvangen en eigen regie kunnen houden. In lijn met de bestuurlijke afspraken met ZN en Per Saldo kan het Zvw-pgb voor kinderen die wijkverpleging als onderdeel van de intensieve kindzorg ontvangen ook worden ingezet voor daarmee samenhangend kortdurend verblijf in een kinderhospice, de verpleging en verzorging in een verpleegkundig kinderdagverblijf, alsmede het zittend ziekenvervoer naar een dergelijk dagverblijf. De formulering die in het wetsvoorstel is gekozen beperkt op zichzelf niet welke andere zorgvormen met een Zvw-pgb kunnen worden ingezet. In de toekomst kan bij algemene maatregel van bestuur dus een andere keuze worden gemaakt. De voorwaarde is daarbij echter wel dat de zorgvorm onmiddellijk samenhangt met de benodigde verpleging en verzorging. Hiermee blijft deze mogelijkheid in lijn met het doel en de bedoelde reikwijdte van het Zvw-pgb.
De leden van de SP-fractie vragen of er een ruimere lijst bestaat van vormen van zorg die uitgesloten worden van het Zvw-pgb en of wijkverpleging in de toekomst kan worden uitgesloten. Een dergelijke lijst bestaat niet. Zoals aangegeven in de memorie van toelichting zal alleen geëxpliciteerd worden dat kraamzorg niet met een Zvw-pgb kan worden ingekocht. Het uitzonderen van wijkverpleging (verpleging en verzorging) van het Zvw-pgb zal overigens ook in de toekomst niet mogelijk zijn zonder wetswijziging. Het wetsvoorstel regelt immers dat het Zvw-pgb, als onderdeel van alle polissen, juist beschikbaar is voor het inkopen van «verpleging en verzorging die niet gepaard gaat met verblijf in verband met geneeskundige zorg».

Ten vierde vragen deze leden naar de mate van vergoeding die de zorgverzekeraar de verzekerde ten minste moet of ten hoogste mag bieden.

De regering is vooralsnog voornemens om alleen regels te stellen over de maximale vergoedingen en over de zorgvormen die met het Zvw-pgb kunnen worden ingekocht.

De leden van de SP-fractie constateren dat door het wetsvoorstel de zorgverzekeraars veel macht hebben gekregen. Zij kunnen voorwaarden stellen in modelovereenkomsten, contracteren zorgaanbieders en kopen de zorg in. Deze leden vragen of de regering dit wenselijk vindt, of zij voldoende mogelijkheden heeft om in te grijpen als de zorgverzekeraars zich niet aan de afspraken houden. Zij vragen of deze amvb's bedoeld zijn om de macht in te perken en zo ja, wanneer de regering verwacht deze instrumenten in te zetten. Met andere woorden vragen deze leden wanneer grenzen van het betamelijke worden overschreden en de regering een rol voor zichzelf ziet weggelegd om de zorgverzekeraars te disciplineren. Zij vragen of er wellicht al uitgewerkte amvb's klaarliggen en op welke terreinen dan.

De leden van de CDA-fractie vinden het onduidelijk wanneer er precies gekozen gaat worden om via een amvb nadere regels te stellen. Enerzijds stelt de regering dat zorgverzekeraars nu eenmaal de vrijheid hebben nadere regels te stellen. Anderzijds stelt de regering dat mocht in praktijk blijken dat gemaakte bestuurlijke afspraken niet voldoende zijn omdat er onvoldoende gestuurd kan worden op kwaliteit van geboden zorg er nadere regels worden gesteld. Zij vragen of de regering meer duidelijkheid kan scheppen over wanneer het nu onder de vrijheid van zorgverzekeraars valt en wanneer er overgegaan zal worden tot het stellen van nadere regels.

Met de Zvw zijn verantwoordelijkheden en bevoegdheden bij zorgverzekeraars gelegd ten aanzien van de uitvoering van de curatieve zorg. De Zvw en andere toepasselijke wet- en regelgeving kennen diverse voorwaarden en waarborgen waarbinnen de zorgverzekeraars dienen te opereren. Zo is er onder meer toezicht door de NZa op het handelen van de zorgverzekeraars.
Ten aanzien van het stellen van nadere regels: VWS heeft met Per Saldo en ZN bestuurlijke afspraken gemaakt over de uitvoering van het Zvw-pgb. Mocht blijken dat een van de betrokken partijen zich niet aan de gemaakte afspraken houdt, dan zal daar in eerste instantie overleg over worden gevoerd. Mocht mij daaruit blijken dat partijen niet voornemens zijn hun gedrag aan te passen, dan kan mij dat aanleiding geven om nadere regels te stellen.

De leden van de CDA-fractie constateren dat de regering in de memorie van toelichting stelt dat er maximumtarieven voor zowel professionals als voor niet-professionals worden gesteld. En dat de vergoedingen voor niet-professionals zoveel mogelijk in lijn worden gebracht met vergelijkbare vergoedingen uit het besluit langdurige zorg (pgb-Wlz). Zij vragen wat wordt bedoeld met zoveel mogelijk in lijn gebracht.
De leden van de PVV-fractie constateren dat de vergoedingen voor «niet-professionals» zoveel mogelijk in lijn zullen worden gebracht met de vergelijkbare vergoedingen in het Besluit langdurige zorg betreffende het Wlz-pgb. Waarom «zo veel mogelijk»? Zij vragen welke afwijkingen er kunnen zijn en waarom.

Bedoeld wordt dat de regels aansluiten bij die onder de Wlz waar dat mogelijk is. Er blijft echter een verschil in formulering omdat de Zvw nu eenmaal een andere wet is met een ander kader. Zo is bij het Zvw-pgb de Wmg relevant, terwijl de prestatie- en tariefsbepalingen van de Wmg voor het Wlz-pgb zijn uitgesloten. Die wet bevat prestatie- en tariefsbepalingen die ook van toepassing zijn op zorg die met een Zvw-pgb wordt verstrekt. De Wmg is echter alleen van toepassing op zorgaanbieders die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verlenen. Met die afbakening moet rekening worden gehouden bij het vormgeven van het niet-professionele tarief onder de Zvw. Om die reden kan er een verschil zijn met de regeling onder de Wlz.

De leden van de CDA-fractie concluderen uit het bovenstaande dat de verdeling van het verschil tussen een tarief zorg in natura en het pgb tarief van 100% en ongeveer 75% wordt losgelaten. Zij vragen of zij dat juist hebben begrepen en, zo ja, waarom dat het geval is.

Mogelijk doelen de leden van de CDA-fractie hier op de stelregel dat een pgb in de Wlz net zo hoog is als een zorgcomponent van een zorgzwaartepakket (ZZP). Per ZZP kan verschillen welke componenten (wonen, kapitaallasten, eten en drinken) daar vanaf worden getrokken om alleen het zorgcomponent aan te houden. Globaal is het percentage van die componenten 17% tot 25% van de ZZP voor instellingszorg.

Deze systematiek is heel anders dan onder de Zvw waar de NZa voor verpleging en verzorging maximumtarieven vaststelt en de zorgverzekeraar met inachtneming daarvan de hoogte van de vergoeding voor het Zvw-pgb bepaalt.
De vaststelling van een tarief voor niet-professionals staat overigens los van de maximumtarieven van de NZa of de ZZP's onder de Wlz. Bij de introductie van het niet-professionele tarief onder de AWBZ is bekeken welk bedrag reëel zou zijn voor niet-professionele zorgverleners. Zoals aan u gemeld wordt dit niet-professionele tarief zowel voor de Wlz, als de Zvw onderzocht.

De leden van de CDA-fractie vragen of zij goed begrijpen dat er onderzoek gedaan wordt naar een niet-professioneel tarief. Zo ja, dan vragen zij of dit onderzoek gereed is bij de plenaire behandeling van dit wetsvoorstel.

Zoals al eerder aan uw Kamer is aangekondigd[7] wordt deze zomer het niet-professionele tarief geëvalueerd. In het najaar wordt uw Kamer geïnformeerd over de uitkomsten van de evaluatie.

De leden van de CDA-fractie vragen of de regering niet denkt dat het invoeren van een niet-professioneel tarief er enerzijds toe kan leiden dat mensen juist meer, duurdere professionele zorg gaan inkopen en anderzijds kan gaan leiden tot een toename van het aantal opnames in instellingen voor langdurige zorg. Zij vragen waarom de regering denkt dat dat al dan niet het geval is. Zij vragen of deze vraag ook kan worden meegenomen bij de monitoring.

Zoals in antwoord op een andere vraag van de leden van de CDA-fractie over de substitutie naar de langdurige zorg is aangegeven, heeft de wijze waarop het persoonsgebonden budget (pgb) is vormgegeven geen invloed op een toename van indicatievragen in een ander domein. Aan de vraag of iemand op grond van de in dat domein geldende voorwaarden in aanmerking komt voor een pgb, gaat immers de vraag vooraf of die persoon binnen het betreffende domein aanspraak heeft op zorg. Maakt een verzekerde aanspraak op zorg op grond van de Zvw, dan kan hij binnen dat domein onder voorwaarden in aanmerking komen voor een Zvw-pgb. Heeft een verzekerde aanspraak op zorg op grond van de Wlz, dan kan hij onder voorwaarden voor een pgb in aanmerking komen voor die zorg.
De vraag van de leden van de CDA-fractie lijkt te impliceren dat de zorg duurder wordt, als er meer professionele zorg wordt ingekocht. Dat is niet het geval. De bestaande budgethouders die zijn overgekomen uit de AWBZ en die zorgverleners inzetten die straks onder het niet-professionele tarief vallen, krijgen in de overgangsperiode de hogere professionele tarieven vergoed. Als budgethouders al over zouden stappen naar zorgverleners die onder het professionele tarief vallen, verandert er ten aanzien van de hoogte van het budget dus niets ten opzichte van de huidige situatie. De regering ziet dan ook geen aanleiding dit mee te nemen in de monitoring.
Overigens geldt het niet-professionele tarief ook in de Wlz. Het is per 1 januari 2014 in de AWBZ ingevoerd voor nieuwe budgethouders. De regeling is overgenomen in de Wlz.

De leden van de PVV-fractie vragen waarom er niet voor is gekozen om direct vanuit de regering nadere voorwaarden in te vullen. Zij vragen of het Zvw-pgb niet voor iedere burger beschikbaar moet zijn, onder dezelfde voorwaarden, niet afhankelijk van bij welke zorgverzekeraar iemand verzekerd is. Zij vragen of verpleging en verzorging niet toch

---

[7] Onder meer in het AO Zorg voor ernstig zieke kinderen d.d. 2 april 2015.

gewoon onderdeel van het basispakket is, dus of hiermee niet nog meer rechtsongelijkheid gecreëerd wordt, net als onder de Wmo.

Met de verankering van het Zvw-pgb in de Zvw wordt bewerkstelligd dat alle zorgverzekeraars verplicht zijn het Zvw-pgb als mogelijkheid in alle polissen op te nemen. Daarmee is het Zvw-pgb voor alle verzekerden beschikbaar. Met de bestuurlijke afspraken is vastgelegd onder welke voorwaarden een verzekerde in aanmerking komt voor het Zvw-pgb. Zorgverzekeraars hebben die voorwaarden overgenomen in hun polissen. Voor de goede orde het volgende: het Zvw-pgb staat los van de vraag of een verzekerde aanspraak heeft op zorg. Als een verzekerde aanspraak heeft op verpleging en verzorging, dan zal hij die krijgen via zorg in natura, restitutie of een Zvw-pgb.

De leden van de PVV-fractie constateren dat het invullen van nadere regels door de regering onder andere van toepassing kan zijn als in de praktijk blijkt dat zorgverzekeraars zonder nadere regelgeving onvoldoende kunnen sturen op kwaliteit van de geboden zorg of beheersbaarheid van het instrument. Zij vragen of het pgb er niet juist voor bedoeld is, dat mensen zelf de zorg in kunnen kopen op basis van de kwaliteit die zij het beste vinden, dat de eisen die zij aan de zorgverlening stellen leidend moet zijn. Deze leden vragen of met het stellen van aanvullende kwaliteitseisen de basis niet onder het pgb wordt uitgeslagen. Zij vragen hoe deze bepaling zich verhoudt tot het onderscheid dat wordt gemaakt in de tarieven voor professionals niet professionals.

In de bestuurlijke afspraken met ZN en Per Saldo is expliciet vastgelegd dat de budgethouder verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de ingekochte zorg. Hij maakt zelf de keuze welke zorgverleners hij wil inzetten. Die eigen regie staat ook bij het Zvw-pgb voorop.
Tegelijkertijd is in het verleden gebleken dat er ook situaties zijn waarin budgethouders kwetsbaar bleken voor bijvoorbeeld bemiddelingsbureaus die misbruik maakten van de budgethouder. In de AWBZ zijn de afgelopen jaren stappen gezet om dit soort situaties uit te bannen. Denk bijvoorbeeld aan de weigeringsgrond dat een pgb kan worden geweigerd, als wordt vastgesteld dat onvoldoende aannemelijk is dat met het Zvw-pgb wordt voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit. Die voorwaarde is ook in de bestuurlijke afspraken over het Zvw-pgb overgenomen.
Met de passage uit de memorie van toelichting waar de PVV-fractie op doelt is bedoeld aan te geven dat de regering zal overwegen om nadere regels te stellen, als blijkt dat ondanks de gemaakte afspraken situaties zoals hiervoor beschreven onvoldoende kunnen worden uitgesloten.

De leden van de PVV-fractie constateren dat bij amvb regels kunnen worden gesteld over de hoogte van de vergoeding aan de verzekerde van de met een Zvw-pgb verkregen zorg. Zij vragen waarom er niet voor is gekozen om direct de tarieven vast te stellen. Het lijkt deze leden niet gewenst dat individuen met de zorgverzekeraars moeten onderhandelen over tarieven.

Verpleging en verzorging vallen onder de regulering van de Wmg. Dat betekent dat tarieven en prestaties worden vastgesteld door de NZa. De NZa heeft voor verpleging en verzorging maximumtarieven vastgesteld. Voor 2015 gaat het daarbij om zes prestaties met daarbij behorende maximumtarieven.

Zorgverzekeraars hebben de bevoegdheid om in hun polis op te nemen hoe hoog de vergoeding is die zij bieden, als een verzekerde ervoor kiest om geen gebruik te maken van het door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbod. Dit past binnen de systematiek van de Zvw. In de

bestuurlijke afspraken is opgenomen dat bij de modaliteit die de verzekeraar kiest bijvoorbeeld sprake moet zijn van een maximum toereikend budget of een toereikend tarief. Zorgverzekeraars dienen hierbij rekening te houden met de door de NZa vastgestelde maximumtarieven. Zorgverzekeraars maken de hoogte van de vergoeding bekend tegelijk met hun polissen voor het volgende jaar. Dat betekent dat uiterlijk op 19 november van een kalenderjaar de vergoedingen van de verschillende zorgverzekeraars voor het daarop volgende jaar bekend zijn. Er is geen sprake van onderhandeling tussen de zorgverzekeraar en de verzekerde over de tarieven.

De leden van de PVV-fractie constateren dat is afgesproken dat verzekerden die op 31 december 2014 een geldig indicatiebesluit voor de AWBZ-aanspraak verpleging en verzorging hadden, en daarmee zorg inkochten met een pgb, per 1 januari 2015 een recht op het Zvw-pgb zouden krijgen. Voor deze groep verzekerden geldt dat zij dit recht houden voor de duur van die indicatie, maar uiterlijk tot 1 januari 2016. Zij vragen waarom hiervoor is gekozen en of deze groep niet gewoon integraal over gaat naar het Zvw-pgb. Zij vragen wat het doel is van de herindicatie en wat de regering verwacht van deze herindicaties.

In het bestuurlijk akkoord verpleging en verzorging dat met partijen is afgesloten, is afgesproken dat zorgverzekeraars cliënten die op 31 december 2014 in bezit waren van een geldig indicatiebesluit voor verpleging en/of verzorging in de AWBZ, werden beschouwd als zijnde in het bezit van een geldige verwijzing voor wijkverpleging op grond van de Zvw. Dit om de continuïteit van zorg voor cliënten te borgen. Binnen de aanspraak die er op grond van de Zvw is, kan er een andere invulling aan zorg worden gegeven dan in de AWBZ het geval was. Onder de Zvw gaat het om een andere manier van zorg verlenen, waarbij de focus ligt op zelfredzaamheid, ontzorgen, kwaliteit van leven en gepast zorggebruik. Nieuwe cliënten krijgen al een indicatie conform het regime van de Zvw. Zorgverzekeraars hebben er voor gekozen om cliënten die eerst zorg vanuit de AWBZ kregen, in 2015 door de wijkverpleegkundige te laten «herindiceren». Dit betekent dat de wijkverpleegkundige bij de cliënt thuis komt, en beoordeelt of de zorg en ondersteuning nog voldoet aan de zorgvraag van de cliënt. Hierbij wordt ook gekeken naar de zelfredzaamheid en in de inzet van de (sociale) omgeving van de cliënt.
ZN heeft mij geïnformeerd dat, als een verzekerde na herindicatie naar het oordeel van de zorgverzekeraar niet voldoet aan de afgesproken criteria voor het Zvw-pgb, de zorgverzekeraar de overgang naar zorg in natura zo inzet dat de verzekerde tijd heeft om te anticiperen op de nieuwe situatie, bijvoorbeeld omdat hij een arbeidsovereenkomst met zijn zorgverlener moet beëindigen. Verzekerden zullen hierover door hun zorgverzekeraar worden geïnformeerd.

Met de overgangsafspraken is geborgd dat alle budgethouders die op 31 december 2014 een geldige indicatie hadden voor verpleging en verzorging en die zorg met een pgb inkochten, per 1 januari 2015 hun zorg konden voortzetten. De groep is daarmee integraal overgegaan naar de Zvw.

De leden van de PVV-fractie vragen of de regering bereid is om mensen die al tien jaar of langer een indicatie voor verpleging/verzorging hebben uit te sluiten van herindicatie. Het gaat hierbij om mensen met een beperking, die echt nooit beter wordt en deze groep wordt onderhand, terecht, volledig gestoord van al die herindicaties door al die systeemwijzigingen uit «Den Haag». Graag een reactie van de regering.

Zoals in bovenstaand antwoord omschreven, zijn cliënten verschoven van een aanspraak op AWBZ zorg naar een aanspraak op Zvw zorg. De overheveling heeft als doel om de wijkverpleging beter te verbinden met andere eerstelijnszorg, zoals huisartsenzorg. Door een sterke eerste lijn kunnen mensen langer zelfstandig blijven wonen en kan het beroep op zwaardere zorg worden voorkomen. Het gaat tevens om een andere manier van zorg verlenen, waarbij de focus ligt op zelfredzaamheid, ontzorgen, kwaliteit van leven en gepast zorggebruik. Om deze andere manier van zorg verlenen in te zetten, is door zorgverzekeraars besloten om de wijkverpleegkundige bij alle cliënten die zorg ontvingen vanuit de AWBZ langs te laten komen om, in samenspraak met de cliënt, te beoordelen of de zorg nog voldoet. Ook bij mensen die al tien jaar of langer een indicatie hebben voor verpleging en/of verzorging is niet uit te sluiten dat er veranderingen zijn opgetreden waardoor de zorgvraag en de in te zetten zorg wijzigt. Overigens komt die wijkverpleegkundige niet telkens weer langs om te bezien of het zorgplan bijstelling behoeft.

De regering vindt het van belang dat ook bij pgb-houders regelmatig wordt bekeken of de zorgvraag nog in overeenstemming is met de indicatie en de zorg die beschreven staat in het zorgplan. Het zou dan ook onwenselijk zijn om herindicaties bij mensen met een langdurige zorgvraag helemaal af te schaffen. Het is aan zorgverzekeraars hoe zij dit invullen. De verwachting is dat zij het herindiceren van pgb-houders zo invullen dat het enerzijds aansluit bij de behoefte van de verzekerde en anderzijds de zorgverzekeraar voldoende handvatten geeft om te beoordelen of de aanspraak of zorg nog steeds hetzelfde is.

De leden van de PVV-fractie constateren dat voor het bepalen van de omvang van het Zvw-pgb de zorgverzekeraar de mogelijkheden in zijn polisvoorwaarden opneemt. In de bestuurlijke afspraken is daarover opgenomen dat de modaliteit van toekenning van het Zvw-pgb per zorgverzekeraar kan verschillen (bijvoorbeeld een maximum toereikend budget voor een bepaalde tijdsperiode of een aantal uren tegen een toereikend tarief). Dit is toch onbestaanbaar, zo vinden deze leden. Zij stellen dat het toch niet zo kan zijn, dat je bij de ene zorgverzekeraar meer zorg krijgt, dan bij de andere. Zij vragen of er in de zorgverzekeringswet toch ook geen verschil is in het aantal dagen dat je bijvoorbeeld in het ziekenhuis mag liggen.

De door de zorgverzekeraar gekozen modaliteit heeft geen effect op de omvang van de aanspraak van de verzekerde. De zorgverzekeraar heeft een zorgplicht voor de zorg waarop aanspraak bestaat.

De leden van de D66-fractie constateren dat er bij amvb nader voorwaarden en regels zullen worden gesteld aan het Zvw-pgb. Zij vragen of de Kamer de concept-amvb kan ontvangen zodat deze kan worden betrokken bij de behandeling van onderhavig wetsvoorstel.

Momenteel wordt door VWS overleg gevoerd met ZN en Per Saldo over de bij algemene maatregel van bestuur uit te werken onderwerpen. De regering is vooralsnog voornemens om alleen regels te stellen over maximale vergoedingen en over de zorgvormen die met het Zvw-pgb kunnen worden ingekocht. De bestuurlijke afspraken met Per Saldo en ZN bieden voor het overige voldoende kaders voor een goede uitvoering van het Zvw-pgb. De algemene maatregel van bestuur zal worden geconcipieerd op basis van de uitkomsten van dat overleg. De regering hoopt het overleg met ZN en Per Saldo spoedig te kunnen afronden, maar een zorgvuldig proces neemt nog enige tijd in beslag. Naar verwachting zal de regering de Kamer in oktober kunnen informeren over de uitkomsten van het overleg met ZN en Per Saldo. In verband met de beoogde inwerking-

treding van het wetsvoorstel per 2016 zou dat na de behandeling van het wetsvoorstel in uw Kamer zijn.

Voor de leden van de D66-fractie staat bij de verankering van het pgb in de Zvw voorop dat het pgb een gelijkwaardig alternatief dient te zijn naast zorg in natura, en niet slechts een alternatief voor gevallen waarin geen passende zorg in natura beschikbaar is. Zij vragen de regering ter zake om een bevestiging.

De aangenomen motie van de leden Bergkamp, Otwin van Dijk, Van 't Wout en Dik-Faber, ingediend in verband met de overheveling van de functies verpleging en verzorging vanuit de AWBZ naar de Zvw, is de aanleiding geweest voor de introductie van het Zvw-pgb in de praktijk en de verankering daarvan met dit wetsvoorstel. In de Zvw staat voorop dat de verzekeraar moet voldoen aan de zorgplicht. Bij een naturapolis houdt dit in dat de benodigde zorg beschikbaar moet zijn. Het Zvw-pgb is er, net als andere vormen van restitutie, voor bedoeld om de verzekerde een keuze te geven om zorg in te kopen buiten het aanbod van de verzekeraar. Bij een Zvw-pgb is het bovendien nadrukkelijk ook mogelijk om de verpleging en verzorging in te kopen bij een persoon die de zorg niet beroeps- of bedrijfsmatig verleent. Dit versterkt de eigen regie van de verzekerde. De verzekerde kan uiteraard niet gedwongen worden om een Zvw-pgb te nemen. Uitdrukkelijk is het Zvw-pgb niet bedoeld voor situaties waarin passende zorg in natura niet beschikbaar is. Indien de verzekerde wenst zorg in natura te krijgen, dan moet de verzekeraar dat binnen zijn zorgplicht bieden. De mogelijkheid van een Zvw-pgb maakt dat niet anders.

De leden van de D66-fractie zijn van mening dat de stelselwijziging per 1 januari 2015 er niet toe mag leiden dat ten aanzien van het kunnen voeren van eigen regie mensen er materieel op achteruit gaan. Zij ontvangen echter signalen uit de praktijk waar dit wel degelijk lijkt te gebeuren, bijvoorbeeld een casus waarin een pgb voor verpleging en verzorging onder de Awbz werd toegekend maar nu door de zorgverzekeraar wordt geweigerd. Zij vragen of de regering deze signalen herkent en, zo ja, wat hiervan de achtergrond is. Zij vragen of de regering het met de leden van de D66-fractie eens is dat dit niet de bedoeling kan zijn.

Zoals ook aan uw Kamer gemeld in mijn brief van 29 juni jl.[8] gemeld, is gebleken dat afwijzingen vaak voort komen uit de inhoudelijke criteria, die in de bestuurlijke afspraken tussen ZN, Per Saldo en VWS zijn vastgelegd. De regering vindt het goed dat die voorwaarden gesteld zijn en ook dat zorgverzekeraars goed bekijken of een verzekerde daaraan voldoet. Dat draagt immers bij aan een solide pgb dat beschikbaar is voor verzekerden voor wie dat, gezien hun zorgvraag, de best passende oplossing is.

Het gaat hierbij in de eerste plaats om algemene voorwaarden, die worden gesteld aan de verzekerde. Zoals bijvoorbeeld het op verantwoorde wijze kunnen uitvoeren van de aan de Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen. Deze voorwaarden worden ook gesteld bij pgb's in andere wettelijke domeinen. Daarnaast gaat het om specifieke criteria, die voor het Zvw-pgb zijn afgesproken. Dit zijn vereisten die worden gesteld aan de zorgvraag. Een voorbeeld hiervan is dat het moet gaan om zorg die vooraf slecht in te plannen is.
De specifieke criteria vloeiden voort uit de introductie van het Zvw-pgb als nieuw instrument. Dit betekent dat, omdat in het verleden niet op de Zvw-pgb specifieke criteria is getoetst en wellicht niet of minder streng op de algemene voorwaarden, het kan voorkomen dat verzekerden die eerder

[8] Kamerstukken II 2014/2015, 34 104, nr. 64

op grond van de AWBZ een pgb hadden daar na een herindicatie onder de Zvw en een beoordeling aan de criteria voor het Zvw-pgb niet meer voor in aanmerking komen. Dat betekent geenszins dat de verzekerde geen zorg krijgt. Als immers is vastgesteld dat de verzekerde in aanmerking komt voor verpleging en verzorging, dan zal de zorgverzekeraar dat op grond van zijn zorgplicht via zorg in natura of restitutie beschikbaar moeten stellen.

De leden van de ChristenUnie-fractie zouden van de regering graag een schematisch overzicht willen ontvangen van de verankering van het pgb in de vier zorgwetten; de Wlz, de Zvw en de Jeugdwet en de Wmo 2015. Deze leden zouden graag in één oog opslag willen zien welke (verschillende) voorwaarden voor het pgb in de vier wetten gelden. Zij vragen voor welke definitie is gekozen in elke wet.

Zie hiervoor de bijlage bij dit stuk[9].

De leden van de SGP-fractie vragen de regering waarom de voorwaarden waaronder mensen sowieso in aanmerking komen voor het pgb, niet zijn opgenomen in de wettekst. Zij vragen of dat niet verhelderend zou werken, zodat er minder verschillen tussen verzekeraars ontstaan en of dat het derde lid artikel 13a niet overbodig zou maken.

Met ZN en Per Saldo zijn bestuurlijke afspraken gemaakt over de uitvoering van het Zvw-pgb. Deze afspraken zien onder andere op de voorwaarden waaronder een verzekerde in aanmerking komt voor een Zvw-pgb. De regering acht het reeds daarom niet nodig om dergelijke voorwaarden in de Zvw zelf op te nemen. Indien de wens in de toekomst toch zou bestaan om regels te stellen over de toegangsvoorwaarden, biedt het wetsvoorstel de mogelijk om die regels bij of krachtens algemene maatregel van bestuur te stellen. Doordat deze voorwaarden niet al op wetsniveau worden vastgesteld, kunnen eventueel gestelde voorwaarden worden aangepast zonder wetswijziging.

Het lid van de 50PLUS-fractie constateert dat wordt aangegeven dat het instrument vanaf de start goed gemonitord wordt, maar vraagt op welke wijze dat gebeurt. Hij vraagt of de regering kan aangeven wanneer er precies wordt ingegrepen en wie dat bepaalt.

In de bestuurlijke afspraken tussen ZN, Per Saldo en VWS over het Zvw-pgb van maart 2014 is met ZN en Per Saldo afgesproken om de uitwerking van het Zvw-pgb in de praktijk nauwlettend te volgen. Om hieraan invulling te geven wordt het Zvw-pgb over 2015 en 2016 gemonitord. Punten die hierbij aan de orde komen zijn:
1. Financiële houdbaarheid,
2. Afbakening van de doelgroep en de noodzaak tot aanscherping en/of toevoeging van de criteria op basis waarvan verzekerden in aanmerking komen voor een Zvw-pgb,
3. Kwaliteit van de ingezette zorg en
4. Verwerking van declaraties.

Omdat het Zvw-pgb pas sinds 1 januari 2015 bestaat, bestaat het voornemen over 2015 aanvullend te monitoren tot welke vragen, klachten en geschillen het Zvw-pgb heeft geleid.

Het streven is om de eerste monitor, over het jaar 2015, voor 1 april 2016 uit te brengen.

---

[9] Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer

Ten aanzien van de vraag wanneer wordt ingegrepen: voorop staat dat de regering er vanuit gaat dat zorgverzekeraars zich aan de gemaakte afspraken houden en dat het ingrijpen met een algemene maatregel van bestuur niet nodig zal zijn. Sinds de start van het Zvw-pgb zijn er nog geen signalen geweest dat zorgverzekeraars zich niet aan het bestuurlijke akkoord houden. Ook hebben zorgverzekeraars al diverse aanpassingen gedaan om knelpunten die in de praktijk naar boven kwamen aan te pakken. Een voorbeeld hiervan is de aanpassing van de wijze van declareren via minutenregistratie.
De bevoegdheid om bij algemene maatregel van bestuur nadere regels te stellen ligt bij de regering. Dat betekent dat de regering kan beslissen wanneer daartoe aanleiding is. Uiteraard zal eerst met partijen gesproken worden om te bezien of het mogelijk is om knelpunten via afspraken op te lossen.

3. Uitvoering en voorwaarden van het Zvw-pgb

De leden van de SP-fractie vragen wat de verwachting is als het gaat om het aantal mensen dat gebruik gaat maken van de Zvw-pgb in 2016, na inwerkingtreding van deze wet. Zij vragen of de regering hier inzicht in kan geven en zijn cijfers kan onderbouwen.

Uit de laatste gegevens van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) van 30 april 2015 blijkt dat er 27.540 unieke cliënten met een pgb zijn overgegaan vanuit de Algemene Wet Bijzondere Zieketekosten (AWBZ) naar de Zvw. ZN heeft nog geen betrouwbare informatie beschikbaar over het daadwerkelijk gebruik van het Zvw-pgb in 2015. Die informatie zal worden meegenomen in de monitor over het Zvw-pgb. Mijn streven is de eerste monitor, over het jaar 2015, voor 1 april 2016 uit te brengen.

De regering verwacht overigens niet dat inwerkingtreding van dit wetsvoorstel als zodanig grote invloed zal hebben op het aantal budgethouders. Het Zvw-pgb wordt nu immers ook al toegepast op basis van de bestuurlijke afspraken die zijn overgenomen in de polissen van zorgverzekeraars.

De leden van de SP-fractie constateren dat er een aantal verschillen is tussen de Zvw-pgb en pgb's vanuit andere domeinen, bijvoorbeeld op het gebied van trekkingsrecht. Zij vragen welke verschillen er nog meer zijn. Zij vragen hoeveel verschillende verantwoordingsregimes iemand die zorg nodig heeft voor de kiezen kan krijgen. Zij vragen of de regering een uitputtend overzicht kan geven van de verschillen tussen de Zvw-pgb en de pgb's vanuit andere domeinen.
De leden van de D66-fractie stellen dat het voor de toegankelijkheid van het pgb wenselijk is dat de voorwaarden van het pgb in de verschillende wetten zo uniform mogelijk zijn. Zij vragen of de regering dat met deze leden eens is en, zo ja, waarom wel of, zo nee, waarom niet. De hier aan het woord zijnde leden vragen de regering in dit kader voorts om de voorwaarden ten aanzien van het pgb in de verschillende wetten (Jeugdwet, Wlz, Wmo 2015 en Zvw) inzichtelijk te maken (bijvoorbeeld in een tabel) en aan te geven waar in de verschillende wetten sprake is van afwijkende en/of aanvullende voorwaarden en wat de achtergrond is van een eventuele afwijkende of aanvullende voorwaarde.

Zie hiervoor de bijlage bij dit stuk.

In antwoord op de vraag van de leden van de D66-fractie verder nog het volgende: uitgangspunt bij de vormgeving is geweest dat de pgb's in de vier domeinen zoveel als mogelijk op elkaar aansluiten. Dat geldt in het bijzonder voor de Jeugdwet en de Wmo 2015, omdat beide door de

gemeenten worden uitgevoerd. De verschillende wettelijke domeinen kennen karakterologisch en terminologisch echter ook verschillen. Ook daarmee is rekening gehouden bij de vormgeving van het instrument binnen de verschillende domeinen, zodat het instrument past binnen het grotere geheel van de wijze waarop de zorg onder de betreffende wet is georganiseerd.

De leden van de SP-fractie constateren dat er wordt aangegeven dat er ten aanzien van de weigerings-, herzienings- en intrekkingsgronden een aantal specifieke punten is opgenomen. Zij vragen wat deze specifieke punten precies zijn. Zij vragen of deze kunnen verschillen per zorgverzekeraar en per verzekerd jaar. Zij vragen of de regering de leden van de SP-fractie daar een helder overzicht van kan geven.

In de bestuurlijke afspraken is een aantal weigerings- herzienings- en intrekkingsgronden opgenomen. Het gaat daarbij om:
- Het van toepassing zijn van de algemene verzekerings- en polisvoorwaarden van de Zvw over de rechten en plichten van de verzekerde en zorgverzekeraar.
- Het van toepassing zijn van de algemene regels die gelden voor de zorgverzekeraar over formele en materiële controle van declaraties.
- Een aantal weigerings- herzienings- en intrekkingsgronden specifiek voor het Zvw-pgb, te weten als de verzekerde:
  - niet behoort tot de doelgroep en/of voldoet aan de specifieke criteria[10];
  - onvoldoende aannemelijk is dat met het Zvw-pgb wordt voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit;
  - onjuiste of onvolledige gegevens heeft verstrekt en de verstrekking van juiste of volledige gegevens tot een andere beslissing zou hebben geleid;
  - zich bij de verstrekking van het Zvw-pgb of een persoonsgebonden budget in de AWBZ in 2014 of eerdere jaren niet heeft gehouden aan de opgelegde verplichtingen;
  - binnen een periode van vijf jaar, gelegen onmiddellijk voorafgaande aan het verzoek tot het toekennen van het Zvw-pgb, als verzekerde betrokken was bij een wegens opzettelijke misleiding door de verzekeringnemer opgezegde of ontbonden zorgverzekering;
  - langer dan twee maanden is opgenomen in een AWBZ-instelling of ziekenhuis;
  - zelf verzoekt om beëindiging van het Zvw-pgb;
  - surseance van betaling heeft aangevraagd, failliet is verklaard of als sprake is van schuldsanering op grond van de WSNP;
  - niet langer over een vast woonadres beschikt.

De weigeringsgronden zijn grotendeels gebaseerd op de weigeringsgronden die ook in de AWBZ al golden. Op basis van de bestuurlijke afspraken kunnen zorgverzekeraars geen andere, aanvullende weigeringsgronden in hun polissen opnemen.

---

[10] De specifieke criteria staan elders in de bestuurlijke afspraken genoemd en betreffen: het vaak nodig hebben van zorg op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties; zorg die vooraf slecht is in te plannen, omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten op de dag en/of op afroep; zorg die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep; de noodzaak voor vaste zorgverleners gegeven de specifieke zorgverlening of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.

De leden van de SP-fractie vragen of de regering bereid is de wet aan te passen zodat zorgverzekeraars niet meer het eigen risico van mensen kunnen verrekenen met het verkregen pgb-budget dat bedoeld is voor zorg. Zo neen, waarom niet?

De regering is daartoe niet bereid. Het gaat hier om de verrekening van een openstaande vordering met een declaratie voor feitelijk geleverde zorg. Een zorgverzekeraar die een betaling te doen heeft aan een verzekerde – bijvoorbeeld op basis van een pgb-declaratie voor wijkverpleegkundige zorg – mag deze betaling op grond van art. 6:127 en 7:935 BW verrekenen met een opeisbare vordering, zoals het eigen risico, op de premiebetaler. Verzekerden met een betalingsachterstand of die de vordering liever gespreid betalen, kunnen hun zorgverzekeraar vragen een betalingsregeling te treffen.

Via Per Saldo vernamen de SP-leden dat zorgverzekeraars in 2016 alleen declaraties kunnen uitbetalen wanneer de AGB codes zijn ingevuld. Knelpunt is dat veel pgb-zorgverleners geen AGB code hebben (omdat zij werken vanuit een arbeidsovereenkomst en/of persoonlijke verzorging bieden). Deze declaraties van budgethouders zullen niet in behandeling worden genomen met alle problemen van dien. Zij vragen of de codes kunnen worden losgelaten. Zo neen, waarom niet en welke oplossing stelt de regering voor?
De leden van de ChristenUnie-fractie begrijpen dat er problemen zijn rondom de zogenaamde AGB-codes bij de declaraties van zorgverleners die zorg leveren vanuit het pgb. Zij vragen of de regering deze problemen nader kan toelichten. Zij vragen of de regering de mening van Per Saldo deelt dat het beter is wanneer de AGB codes voor het Zvw-pgb worden losgelaten.

Het opnemen van agb-codes op de declaratie komt voort uit de beleidsregels van de NZa. Deze eis is van toepassing op zorgaanbieders in de zin van de Wmg. ZN heeft mij dit knelpunt ook onder de aandacht gebracht. In overleg met ZN, Per Saldo en de NZa zal worden bekeken op welke manier dit punt kan worden opgelost. Het kan niet zo zijn dat er een eis aan de declaraties wordt gesteld die in de praktijk niet uitvoerbaar is, bijvoorbeeld als bepaalde zorgverleners niet in staat blijken een agb-code te krijgen.

De leden van de SP-fractie vragen of pgb-houders kunnen worden aangeslagen in het kader van het macrobeheersingsinstrument. Zo ja, hoe zal dat in zijn werk gaan? Zij vragen of de regering dit wenselijk vindt.
De leden van de D66-fractie vragen of het klopt dat de regering voornemens is om in 2016 middelen terug te vorderen bij pgb-houders in het geval het macrobeheersingsinstrument wordt ingezet.
De leden van de GroenLinks-fractie vragen wat mijn reactie is op de zorgen van Per Saldo met betrekking tot mogelijke terugvordering bij pgb-zorgverleners in het kader van het macrobeheersingsinstrument (MBI). Zij vragen of er mogelijkheden zijn om pgb-zorgverleners van dit MBI uit te sluiten en of de regering daartoe bereid is.

Voor zover wordt bedoeld te vragen of budgethouders zelf ook kunnen worden aangeslagen in het kader van de inzet van het macrobeheersingsinstrument (mbi) moet worden benadrukt dat dat niet het geval is. Iemand die zorg ontvangt met een Zvw-pgb kan voor diezelfde zorg niet worden aangemerkt als een zorgaanbieder in de zin van de Wmg. Toepassing van het mbi op budgethouders zelf is dan ook niet aan de orde.

Voor zover wordt gevraagd over de toepassing van het mbi op pgb-zorgverleners zijn de zorgen van Per Saldo bekend. Daarover wordt overleg gevoerd met partijen.

De leden van de SP-fractie vragen of het klopt dat verzekerden met palliatief terminale zorg (PTZ) geen Zvw-pgb kunnen krijgen, omdat de zorgvraag korter zou zijn dan één jaar. Zij vragen of het niet goed zou zijn om net als bij intensieve kindzorg en de medisch specialistische verpleging thuis voor kinderen onder de 18 jaar, ook de palliatieve terminale zorg een uitzondering te maken waardoor het pgb een mogelijkheid wordt als alternatief voor zorg in natura.
De leden van de D66-fractie vragen of het klopt dat voor palliatief terminale zorg geen gebruik kan worden gemaakt van een Zvw-pgb. Zij vragen waarom niet. Zij vragen of de regering dit wenselijk acht.
De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of het klopt dat verzekerden met palliatief terminale zorg (PTZ) geen Zvw-pgb kunnen krijgen omdat de zorgvraag korter is dan één jaar.
De leden van de SGP-fractie hebben vernomen dat verzekerden met palliatief terminale zorg (PTZ) geen Zvw-pgb kunnen krijgen, omdat de zorgvraag korter is dan één jaar. Zij vragen of de regering dit met de leden van de SGP-fractie onwenselijk vindt.

Over de palliatief terminale zorg is in de praktijk verwarring ontstaan. Niet in alle situaties is duidelijk of deze doelgroep nu wel of niet voor een Zvw-pgb in aanmerking komt. Dat hangt waarschijnlijk samen met de afbakening van de doelgroep volgens de afspraak in het bestuurlijk akkoord met ZN en Per Saldo dat de zorgvraag langdurig moet zijn. Onder de AWBZ was geëxpliciteerd dat een verzekerde niet in aanmerking kwam voor een pgb, als hij een indicatiebesluit had met een geldigheidsduur korter dan een jaar, tenzij sprake was van een langdurige zorg behoefte. Beoogd was om in de bestuurlijke afspraken een vergelijkbare afbakening te maken. Onder de AWBZ was vanzelfsprekend dat verzekerden die palliatief terminale zorg nodig hadden een langdurige zorgbehoefte hadden, omdat de zorgvraag tot het einde van het leven was. Dat is in de bestuurlijke afspraken over het Zvw-pgb niet geëxpliciteerd, waardoor hierover onduidelijkheid is ontstaan.
De regering wil benadrukken dat het de bedoeling is dat verzekerden met een palliatief terminale zorgbehoefte in aanmerking kunnen komen voor een Zvw-pgb, ook als de zorgvraag korter is dan een jaar. Daarbij toetst de zorgverzekeraar uiteraard wel of de verzekerde en zijn zorgvraag aan de afgesproken inhoudelijke voorwaarden voldoen. Het Zvw-pgb is niet in eerste instantie bedoeld voor situaties waarin de palliatief terminale zorg op zichzelf staat en kortdurend is.

De leden van de SP-fractie vragen of het klopt dat de combinatie pgb en zorg in natura een knelpunt blijft. Zij vragen welke zorgverzekeraars deze combinatie afhouden.
De leden van de D66-fractie constateren dat, ondanks eerdere debatten hierover in de Kamer, het in de praktijk een knelpunt blijkt om het pgb te combineren met zorg in natura. Zij vragen of de regering dit herkent. Zij vragen of de regering dit wenselijk acht en of zij zorgverzekeraars hierop wil aanspreken.
De leden van de GroenLinks-fractie vragen of de regering met hen van mening is dat de combinatie van zorg in natura en pgb in de zorgverzekeringswet ook mogelijk moet zijn, net als bij zorg op basis van andere wetten. Zij vragen wat de reactie van de regering is op het signaal van Per Saldo dat niet alle zorgverzekeraars nu die mogelijkheid bieden.

De regering acht de mogelijkheid van het combineren van zorg in natura en een Zvw-pgb gewenst, omdat daarmee de keuzevrijheid van de verzekerde verder wordt vergroot. De Zvw biedt ook nu al de ruimte voor een combinatie van zorg in natura en het Zvw-pgb. De vraag of deze combinatie mogelijk is, is al meerdere malen aan de orde geweest en is door mij onder de aandacht van de zorgverzekeraars gebracht[11]. ZN heeft mij laten weten dat zorgverzekeraars de combinatie van zorg in natura en pgb gaan toestaan. Ik heb al meerdere keren aangegeven dit wenselijk te vinden. Tot nu toe konden verzekerden zich met individuele problematiek bij hun zorgverzekeraar melden. In de polissen van 2016 zal dit echter breed mogelijk worden gemaakt. Zorgverzekeraars zullen daarbij wel nadere condities stellen om te voorkomen dat zorgaanbieders binnen één prestatie aan dezelfde verzekerde zorg in natura en met een pgb bieden. Daarmee wordt bewerkstelligd dat zorgaanbieders het Zvw-pgb niet kunnen benutten om via een omweg buiten het met de zorgverzekeraar gesloten contract kunnen gaan.

De leden van de CDA-fractie begrijpen heel goed dat mensen met een persoonsgebonden budget hiermee moeten kunnen omgaan en dat hier regels aan gesteld worden maar de expliciete opmerking dat de budgethouder in staat moet zijn te zorgen voor verantwoorde zorg begrijpen deze leden niet helemaal, graag een toelichting.

Deze voorwaarde is vanaf 1 januari 2014 opgenomen in de AWBZ en is overgenomen bij de overheveling van de verpleging en verzorging naar de Zvw. Achtergrond van deze opname in de AWBZ is dat zorgkantoren in de praktijk werden teruggefloten, als een pgb werd geweigerd, terwijl evident was dat de verzekerde niet in staat was zelf of met behulp van een vertegenwoordiger het pgb op verantwoorde wijze uit te voeren. Ook in situaties waarbij misbruik werd gemaakt van kwetsbare verzekerden die niet de zorg kregen die zij nodig hadden, mocht het zorgkantoor het pgb niet weigeren, omdat de weigeringsgrond niet geëxpliciteerd was. Met het expliciet opnemen van deze voorwaarde in de bestuurlijke afspraken wordt beoogd dit in het vervolg te voorkomen.

De leden van de CDA-fractie verwijzen naar de passage over de wettelijk vertegenwoordiger die een Zvw-pgb kan aanvragen en regelen. Zij vragen wie er nu wel en niet onder valt. Zij geven een voorbeeld met het verzoek aan de regering of dit bij de inwerkingtreding van het wetsvoorstel nu wel of niet tot de mogelijkheden behoort. Stel een echtpaar, zelfstandig wonend waarvan een van beide dementerend is. Deze persoon staat vervolgens onder bewind bij de andere partner of bij een zoon of dochter. Zij vragen of die dementerende persoon nu wel of niet in aanmerking komen voor een persoonsgebonden budget. Vervolgens stelt Per Saldo in haar reactie op dit wetsvoorstel dat zorgverzekeraars het onder bewind stellen als voorwaarde opnemen om in aanmerking te komen voor een pgb. De leden van de CDA-fractie vragen of de regering dit herkent, of de zorgverzekeraar dit wettelijk gezien wel mogen eisen en wat de regering hiervan vindt.

Het uitsluiten van kwaadwillenden die misbruik maken van kwetsbare verzekerden is een belangrijk doel dat de regering heeft gehad met verschillende maatregelen die de afgelopen jaren met betrekking tot het pgb zijn getroffen. De voorwaarde dat een verzekerde zelf of met hulp van een vertegenwoordiger in staat moet zijn om de taken en verplichtingen van het pgb uit te voeren en om zorg te dragen voor verantwoorde zorg zijn daar belangrijke voorbeelden van.

---

[11] Zie hierover onder meer Kamerstukken II 2014/15, 34 104, nr. 64.

Bij de totstandkoming van de bestuurlijke afspraken is daarover besproken dat het beperken van de vertegenwoordiger tot een wettelijk vertegenwoordiger extra waarborgen biedt om kwaadwillenden buiten het systeem te houden. In de fraudetoets werd dit door verschillende partijen onderschreven.
Tegelijkertijd is het signaal bekend dat dat betekent dat partners of kinderen niet kunnen fungeren als vertegenwoordiger, als zij geen gang naar de rechter maken om de vertegenwoordiging te formaliseren. Met ZN en Per Saldo is afgesproken dat wij in onderling overleg bekijken of uitbreiding van de vertegenwoordiger, bijvoorbeeld naar naaste familieleden, op een verantwoorde wijze mogelijk is. Als dit mogelijk blijkt zonder extra frauderisico's, dan zal dit worden aangepast. Dat zullen wij gezamenlijk zorgvuldig bekijken.

Bij het lezen van de criteria krijgen de leden van de CDA-fractie de indruk dat deze regering tot doelstelling heeft dat minder mensen gebruik mogen maken van een pgb in de Zorgverzekeringswet. Zij vragen of de regering het eens is met deze stellingname.

Voor zover de leden van de CDA-fractie willen suggereren dat het doel van de regering met de gestelde criteria is om minder mensen gebruik te laten maken van het Zvw-pgb, wil de regering benadrukken dat de criteria die worden gehanteerd om in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb zijn opgenomen in bestuurlijke afspraken tussen drie partijen: ZN, Per Saldo en VWS. Deze drie partijen hebben er alle mee ingestemd om het Zvw-pgb op deze wijze vorm te geven. Het doel van de drie betrokken partijen bij het vaststellen van de criteria was dat aan de voorkant helderheid zou zijn over wanneer een verzekerde al dan niet in aanmerking komt voor een Zvw-pgb. De regering wil daarom afstand nemen van de stelling van de leden van de CDA-fractie.

In dat kader willen de leden van de CDA-fractie graag van de regering weten hoeveel mensen na de herindicatie hun persoonsgebonden budget gaan verliezen. Vaak beschikken deze mensen al vele jaren over een persoonsgebonden budget. Genoemde leden willen graag weten of na een jarenlange subsidierelatie met de persoonsgebonden budgethouders het persoonsgebonden budget wel op deze manier kan worden beëindigd. Zij vragen of deze pgb-houders niet bepaalde rechten hebben opgebouwd.

Er zijn nog geen cijfers beschikbaar over het aantal mensen dat een Zvw-pgb aanvraagt na herindicatie, maar een afwijzing krijgt van de zorgverzekeraar. Dit punt wordt meegenomen in de monitor die gepland is om in april 2016 beschikbaar te komen.

Met de overgang van de verpleging en verzorging van de AWBZ naar de Zvw zijn de rechten en verplichtingen die budgethouders op grond van de AWBZ hadden vervallen voor de zorg die zij vanaf 1 januari 2016 krijgen. Er zijn overgangsafspraken gemaakt over de toegang tot wijkverpleging onder de Zvw, over behoud van het pgb, totdat een nieuwe indicatie is gesteld en over behoud van het professionele tarief tot 1 januari 2016. Voor het overige zijn er geen opgebouwde rechten waarop een verzekerde zich kan beroepen.

De leden van de CDA-fractie willen graag van de regering weten of het stopzetten van het persoonsgebonden budget leidt tot stijging van de totale zorguitgaven voor de functie wijkverpleging.

Met de overheveling van de verpleging en verzorging is een totaalbudget voor verpleging en verzorging aan de zorgverzekeraars overgeheveld. Het gaat daarbij om een bedrag van ca. € 3,1 mld, waarvan reeds een bedrag van € 440 mln is afgetrokken in verband met de taakstelling op de wijkverpleging. Daarbij is geen onderscheid gemaakt tussen zorg in natura en pgb's. Het is aan zorgverzekeraars hoe zij de taakstelling die met de wijkverpleging gepaard gaat invullen. Als zorgverzekeraars zouden constateren dat, zoals de leden van de CDA-fractie lijken te stellen, de kosten voor zorg in natura of via restitutie hoger zijn dan voor het Zvw-pgb, dan is het aan zorgverzekeraars om dat binnen het beschikbare kader op te lossen.

De leden van de CDA-fractie constateren dat de regering schrijft dat een persoonsgebonden budget niet alleen zorg maar vaak ook ondersteuning en begeleiding omvat. Zij vragen of de regering kan toelichten wat zij hier precies mee bedoelen. Indien een zorgverzekeraar een persoonsgebonden budget waarin ook ondersteuning en begeleiding zit, stopzet en tot zorg in natura beperkt, waar moeten deze mensen dan hun ondersteuning en begeleiding aanvragen. Zij vragen welke zekerheid deze mensen hebben dat zij hun ondersteuning en begeleiding wel houden.

De zorg die onder de aanspraak verpleging en verzorging valt betreft onder meer de pedagogische ondersteuning/begeleiding in het geval van intensieve kindzorg en palliatief terminale zorg. Deze aanspraak bestaat los van de vraag of de zorg met een Zvw-pgb wordt ingezet. Indien een Zvw-pgb wordt stopgezet heeft de verzekerde nog altijd recht op de zorg in natura waar hij behoefte aan heeft en volgens de verzekering recht op heeft. Het kan dus niet zo zijn dat het recht op zorg in natura vervalt door het stoppen van de inzet van een Zvw-pgb.

De leden van de CDA-fractie constateren dat Per Saldo van mening is dat de aanvullende criteria een te grote drempel opwerpen bij de aanvraag en maken dat er geen sprake is van een gelijkwaardige keuze tussen pgb en zorg in natura. Zij vragen of de regering het hiermee eens is en of de regering vindt dat er sprake is van gelijkwaardigheid tussen een persoonsgebonden budget en zorg in natura.
De leden van de D66-fractie constateren dat de aanvullende criteria voor de zorgvraag in de praktijk een grote drempel blijken op te werpen bij de aanvraag van een pgb in de Zvw en dat er daardoor er geen sprake is van een gelijkwaardige keuze tussen pgb en zorg in natura. Zij vragen of de regering dit beeld herkent. Deze leden vragen de regering ook om een nadere inhoudelijke toelichting en onderbouwing op de genoemde (vier) criteria. Zij vragen wat het gevolg zou (kunnen) zijn van het laten vervallen van deze criteria.

De regering vindt dat er zeker sprake is van gelijkwaardigheid tussen een persoonsgebonden budget en zorg in natura. Indien een verzekerde een Zvw-pgb wil inzetten voor de inkoop van verpleging en verzorging, is dit in beginsel mogelijk. Het feit dat er voorwaarden worden gesteld aan het gebruik van een Zvw-pgb maakt dit niet anders. De criteria die door zorgverzekeraars worden gehanteerd bij de toekenning van een Zvw-pgb zijn opgesteld in samenspraak tussen ZN, Per Saldo en VWS en vastgelegd in bestuurlijke afspraken.

ZN, Per Saldo en VWS overleggen regelmatig over de uitvoering van het Zvw-pgb in de praktijk. Daarbij worden signalen als hierboven geschetst ook besproken. Bovendien zal in de monitor naar het Zvw-pgb onder meer gekeken worden naar het aantal door zorgverzekeraars geweigerde pgb-toekenningen, met (gerubriceerde) weigeringsgronden.

De leden van de CDA-fractie geven aan dat Per Saldo stelt dat de voorwaarden rond eigen regie (vaardigheden, bewust keuze gesprek en budgetplan) voldoende criteria zijn om te beoordelen of een verzekerde eigen regie kan voeren. Zij vragen wat de regering hiervan vindt. Zij stellen dat dit toch een verzwaring is van de bestaande voorwaarden die gesteld worden aan een pgb in de Wmo, Wlz en de Jeugdwet. Zij vragen of de regering kan toelichten waarom hiervoor gekozen wordt.
Per Saldo geeft aan dat zorgverzekeraars klanten afwijzen, omdat verzekerden niet zouden voldoen aan aanvullende criteria.
De leden van de ChristenUnie zouden graag van de 4 grote zorgverzekeraars in een overzicht willen zien welke aanvullende criteria gelden waaraan een pgb cliënt zou moeten voldoen.
De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of de regering hun mening deelt dat wanneer het Zvw-pgb geldt voor basiszorg, bij elke zorgverzekeraar dezelfde criteria dienen te gelden. Zij vragen of de regering de mening van deze leden deelt dat het Zvw-pgb niet alleen op papier een mogelijkheid moet bieden voor het pgb, maar ook in de praktijk?
De leden van de GroenLinks-fractie vragen de reactie van de regering op de zorgen van budgethoudersvereniging Per Saldo over de aanvullende voorwaarden die zorgverzekeraars stellen en dat mensen die al jaren zorg regelen via een pgb, nu door zorgverzekeraars daarvoor worden afgewezen. Zij vragen of de regering de mening deelt dat als er al aanvullende voorwaarden door zorgverzekeraars worden gesteld, deze zo min mogelijk belemmering zouden moeten opleveren voor budgethouders. Zij vragen of de toegankelijkheid van het pgb in de Zorgverzekeringswet door deze aanvullende criteria niet strikter is geregeld dan in de andere zorgwetten.
De leden van de GroenLinks-fractie vragen of de regering bereid is om, conform de vraag van Per Saldo, te overwegen de aanvullende criteria uit de memorie van toelichting te halen.
De leden van de SGP-fractie ontvangen signalen van budgethouders dat zij een afwijzing voor het Zvw-pgb hebben gekregen, omdat zij niet zouden voldoen aan de aanvullende criteria (onplanbare zorg, vaak zorg nodig op wisselende momenten). Zij vragen of de regering erop kan reflecteren of deze aanvullende criteria een te grote drempel opwerpen bij de aanvraag. Zij vragen of niet veel beter ingestoken zou kunnen worden op de voorwaarden rond eigen regie (vaardigheden, bewust keuzegesprek en budgetplan) om te beoordelen of een pgb toegestaan wordt.
Het lid van de 50PLUS-fractie vraagt of het niet verstandiger was geweest om de criteria in meetbaarder vorm te gieten. Hij vraagt of dit niet het risico geeft op veel discussie een (ongewenste) uitsluiting van verzekerden van het Zvw-pgb. Hij vraagt of dit verzekeraars niet teveel vrijheid/macht geeft in het al dan niet toekennen van een Zvw-pgb. Het genoemde lid vraagt hoe verschillend deze criteria worden ingevuld. Bijvoorbeeld of dit betekent dat mensen die eenmaal of tweemaal per dag verzorging nodig hebben (bij aan- en uitkleden bijvoorbeeld) niet in aanmerking komen voor een pgb. Dan gaat het niet om wisselende of ongebruikelijke tijdstippen, is goed in te plannen, is niet 24 uur per dag beschikbaar in de nabijheid en ook de noodzaak voor vaste hulpverleners is er minder (hoewel dit vaak wel wenselijk wordt geacht). Er is immers een substantieel aantal mensen dat een dergelijke, relatief voorspelbare, vorm van verzorging of verpleging nodig heeft. Komen zij nog in aanmerking voor het pgb? Hoe staat dit in relatie tot de gewenste keuzevrijheid? Graag een toelichting van de regering op deze vragen en op de redenen van de keuze voor deze criteria.

De criteria die door zorgverzekeraars worden gehanteerd bij de toekenning van een Zvw-pgb zijn opgesteld in samenspraak tussen ZN, Per Saldo en VWS en vastgelegd in bestuurlijke afspraken. De criteria zijn

geïnspireerd door een onderzoek van ConQuaestor dat Actiz, Per Saldo en BTN in 2011 hebben laten uitvoeren.

Zoals ook hierboven aangegeven overleggen ZN, Per Saldo en VWS regelmatig over de uitvoering van het Zvw-pgb in de praktijk. Daarbij worden signalen als hierboven geschetst ook besproken. Bovendien zal in de monitor naar het Zvw-pgb onder meer gekeken worden naar het aantal door zorgverzekeraars geweigerde pgb-toekenningen, met (gerubriceerde) weigeringsgronden.

Voor wat betreft de vragen van de leden van de ChristenUnie-fractie over een overzicht van de voorwaarden bij de vier grote zorgverzekeraars het volgende. ZN heeft mij geïnformeerd dat zorgverzekeraars geen andere criteria hanteren dan die in de bestuurlijke afspraken zijn genoemd. ZN streeft, mede op basis van de ervaringen in 2015, naar zoveel mogelijk uniformering van de uitvoering van het Zvw-pgb, uiteraard voor zover de mededingingswetgeving dit toestaat.

Voor wat betreft de vraag van de leden van de GroenLinks-fractie of de regering bereid is om de aanvullende voorwaarden uit de memorie van toelichting te halen het volgende: De aanvullende criteria, zoals in de memorie van toelichting verwoord, staan in de bestuurlijke afspraken met Per Saldo en ZN. Deze zijn daarom als toelichting bij dit wetsvoorstel opgenomen. Omdat de memorie van toelichting een toelichting is bij het wetsvoorstel zoals de regering die indient bij de Tweede Kamer, kan deze niet gewijzigd worden. De tekst van de memorie van toelichting staat echter niet in de weg aan het in de toekomst eventueel wijzigen van de bestuurlijke afspraken.

De leden van de CDA-fractie maken zich zorgen over de rol die zorgverzekeraars gaan krijgen voor het verlenen van het persoonsgebonden budget. Zij stellen dat het er in de huidige opzet op lijkt dat zorgverzekeraars uiteenlopende voorwaarden kunnen hanteren voor het wel of niet verlenen van een persoonsgebonden budget. Zij vragen waarom de regering er voor kiest om de modaliteit van toekenning van het Zvw-pgb per zorgverzekeraar te laten verschillen.

De regering wil benadrukken dat de modaliteit van de toekenning van het Zvw-pgb niets te maken heeft met voorwaarden voor toegang tot het Zvw-pgb op zich. De modaliteit van de toekenning zegt slechts iets over de wijze waarop een Zvw-pgb beschikbaar wordt gesteld. Zo zou de ene zorgverzekeraar kunnen kiezen voor de toekenning van een totaalbudget waarbinnen de verzekerde moet blijven, terwijl de andere zorgverzekeraar kan kiezen voor de vaststelling van het aantal geïndiceerde uren met een daaraan gekoppelde vergoeding per uur.
De wijze waarop een zorgverzekeraar zorg vergoedt is een bevoegdheid die binnen de systematiek van de Zvw past. Het ligt in dat kader voor de hand dat die bevoegdheid in de bestuurlijke afspraken bij de zorgverzekeraars is gelegd.
Zoals uit bovenstaande al blijkt geldt overigens ook hier dat deze invulling niet een keuze van de regering alleen is, maar onderdeel van de bestuurlijke afspraken tussen ZN, Per Saldo en VWS.

Voor zover het gaat om de toekenningscriteria voor het Zvw-pgb heeft ZN mij geïnformeerd om voor 2016 te streven naar zoveel mogelijk uniforme uitvoering, binnen de grenzen van de mededingingswetgeving.

De leden van de CDA-fractie vragen waarom er bij de monitoring niet is meegenomen of het gekozen systeem werkt voor de budgethouder of hij of zij van mening is dat hij voldoende en flexibel zorg in kan kopen.

Genoemde leden missen dit in het wetsvoorstel bij de monitoring en zien dit graag opgenomen.

In het bestuurlijke afspraken over het Zvw-pgb is met ZN en Per Saldo afgesproken om de uitwerking van het Zvw-pgb in de praktijk nauwlettend te volgen. Om hieraan invulling te geven wordt het Zvw-pgb over 2015 en 2016 gemonitord. Een aspect dat hierbij aan de orde komt is de kwaliteit van de ingezette zorg.
Verzekerden met een pgb zijn zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van de in te kopen zorg. Uitgangspunt is dat verzekerden met een pgb zelf de regie kunnen voeren en zorgverleners contracteren die de best passende zorg leveren tegen een optimale prijs-kwaliteitverhouding. Om over de kwaliteit van pgb-zorg een uitspraak te kunnen doen, zullen budgethouders door middel van een enquête worden gevraagd in welke mate de geleverde pgb-zorg aansluit bij hun wensen en behoeften. Deze enquête zal deel uit maken van de monitor.
De leden van de D66-fractie merken op dat in het akkoord tussen Per Saldo, Zorgverzekeraars Nederland en de regering was afgesproken dat verzekerden voor wie de functiebeperking werd veroorzaakt door «normale verouderingsprocessen» werden uitgesloten van het Zvw-pgb. In het nader rapport lezen zij echter dat de regering deze term uit de toelichting heeft verwijderd, omdat daarmee de suggestie zou kunnen worden gewekt dat «normale verouderingsprocessen» een criterium zou zijn voor de toekenning of weigering van een Zvw-pgb. De leden van de D66-fractie vragen om een nadere toelichting ter zake. Zij vragen wat dit nu concreet betekent en of functiebeperkingen veroorzaakt door «normale verouderingsprocessen» nu wel of niet zijn uitgesloten van een Zvw-pgb. Zij vragen of de regering signalen, zoals de hier aan het woord zijnde leden die ontvangen, herkent dat het criterium «normale verouderingsprocessen» in de praktijk leidt tot onduidelijkheid en verwarring en dat zorgverzekeraars hier verschillend mee omgaan. Zij vragen of de regering dat wenselijk acht en wat gaat zij daar aan doen.
De leden van de ChristenUnie-fractie merken op dat in verschillende reglementen staat dat het Zvw-pgb niet bedoeld is voor behoefte aan verpleging en verzorging die wordt veroorzaakt door normale verouderingsprocessen. Zij vragen wat de regering verstaat onder «normale verouderingsprocessen» en welke definitie zorgverzekeraars hiervoor hanteren. Zij vragen waarom zorgverzekeraars het verstrekken van een pgb aan ouderen voor wijkverpleegkundige zorg zoveel mogelijk willen voorkomen. Zij vragen of de regering het met deze leden eens is dat het criterium «normale verouderingsprocessen» niet mag worden gebruikt door zorgverzekeraars. Na het advies van de Raad van State is deze passage uit de tekst verwijderd. Welke aanvullende maatregelen neemt de regering om ervoor te zorgen dat er geen leeftijdsgrens op het Zvw-pgb zit?

Het hebben van functiebeperkingen die worden veroorzaakt door «normale verouderingsprocessen» is geen reden om een verzekerde een Zvw-pgb te weigeren. ZN, Per Saldo en VWS hebben overeenstemming over wat destijds met de passage is bedoeld. U bent daarover geïnformeerd in het verslag van een schriftelijk overleg dat op 11 juni 2014 aan uw Kamer is verzonden.[12] ZN heeft mij geïnformeerd dat deze zinsnede om onduidelijkheid te voorkomen per 2016 niet meer zal worden opgenomen in het modelreglement Zvw-pgb.
Een persoon met dementie kan een persoonsgebonden budget krijgen, als hij aan de voorwaarden voldoet. Niet waarschijnlijk is dat deze persoon zelf in staat is het pgb te beheren. Dan is bijvoorbeeld nodig dat een (wettelijk) vertegenwoordiger daar wel toe in staat is. Er is geen sprake

[12] Kamerstukken II 2013/14, 25 657, nr. 107.

van aanvullende voorwaarden voor deze doelgroep. Voor alle aanvragen voor een Zvw-pgb blijft wel relevant dat het moet gaan om een langdurige zorgvraag. Zorgverzekeraars zullen daar ook op toetsen.
De regering zou het niet wenselijk achten als zorgverzekeraars een leeftijdsgrens zouden hanteren, maar heeft geen signalen dat dat aan de orde is.

De leden van de D66-fractie ontvangen signalen dat ouders van kinderen met intensieve kindzorg het lastig vinden om de geleverde zorg onder de juiste prestaties te plaatsen. Wil de regering de mogelijkheden en wenselijkheid onderzoeken van een afzonderlijke prestatie «medische kindzorg», waaronder ook begeleiding, kortdurend verblijf en s kunnen worden gedeclareerd?

In 2015 bestaat de situatie dat vervoer en kortdurend verblijf, waarop in het kader van intensieve kindzorg ook aanspraak bestaat, gedeclareerd dienen te worden onder de prestaties verpleging en verzorging. Het is te begrijpen dat dit voor ouders een ingewikkelde constructie kan zijn.
Het vervoer van en naar een verpleegkundig dagverblijf wordt vanaf 1 januari 2016 geregeld via de aanspraak zittend ziekenvervoer. Daarmee is de situatie dat ouders dit vervoer via een omrekenconstructie onder verpleging en verzorging moeten declareren niet meer aan de orde. Over een oplossing voor de kosten voor verblijf vinden nog gesprekken plaats met partijen. Uitgangspunt is om tot een structurele bekostiging te komen waarbij zorgvuldigheid voorop staat. Uw Kamer wordt hierover in het najaar geïnformeerd.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen welke voorwaarden er worden gesteld aan de modelovereenkomst van de zorgverzekeraar waarin de voorwaarden beschreven staan waaronder de verzekerde in aanmerking komt voor een Zvw-pgb.

In het «Toetsingskader beoordeling modelovereenkomst polisjaar 2016» van de NZa is opgenomen aan welke eisen de modelovereenkomst moet voldoen. Aangezien zorgverzekeraars niet verplicht zijn om voorgenomen wetswijzigingen in de modelovereenkomst op te nemen, is in dit toetsingskader nog niet opgenomen welke eisen specifiek gelden ten aanzien van het Zvw-pgb. Bij het opstellen van de modelovereenkomsten hebben zorgverzekeraars al wel rekening gehouden met het voorgenomen artikel 13a Zvw. Overigens hebben zorgverzekeraars, zoals u weet, het Zvw-pgb ook in 2015 al opgenomen op basis van de bestuurlijke afspraken tussen VWS, ZN en Per Saldo.

Dit wetsvoorstel voegt daaraan toe dat verzekeraars in al hun polissen, dus ook in de naturapolissen, de mogelijkheid van een Zvw-pgb moeten opnemen. De modelovereenkomsten moeten dan tevens voldoen aan de regels die bij of krachtens algemene van bestuur worden gesteld, waaronder in ieder geval de regels met betrekking tot de maximumvergoedingen en de zorgvormen die met het Zvw-pgb kunnen worden ingekocht.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen hoe het komt dat mensen die een persoonsgebonden budget binnen de Zvw willen een kleine kans van slagen hebben. Zij vragen of de regering het met deze leden eens is dat zorgverzekeraars niet mogen sturen op zorg in natura. Zij vragen of de regering in dit verband een toelichting kan geven op het woord «desgevraagd» in artikel 13a, lid 1. Zij vragen of hieruit niet blijkt dat zorg in natura voorliggend is, waardoor zorg in natura en een Zvw-pgb niet gelijkwaardig zijn. Zij vragen waarom de regering hiervoor heeft gekozen.

De regering herkent het beeld niet dat aanvragen voor een Zvw-pgb een kleine kans van slagen hebben. Indien een verzekerde is aangewezen op verpleging en verzorging en voldoet aan de voorwaarden voor een Zvw-pgb, zoals deze met ZN en Per Saldo zijn afgesproken, hoort de verzekerde een Zvw-pgb te krijgen. De verzekeraar kan dan niet sturen op het ontvangen van zorg in natura in plaats van het Zvw-pgb.
Met het woord «desgevraagd» wordt aangegeven dat de verzekerde zal moeten verzoeken om een Zvw-pgb. Het kan niet zo zijn dat een Zvw-pgb wordt verstrekt zonder dat de verzekerde dat wil. Uit het woord desgevraagd blijkt daarmee de eigen regie van de verzekerde en betekent niet dat er geen gelijkwaardigheid tussen zorg in natura en het pgb.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of de regering kan toelichten wat de stand van zaken is van de uitvoering van de motie Dik-Faber en Voortman (Kamerstuk 34 104, nr. 29).

Op 29 juni 2015 is aan uw Kamer een brief gestuurd[13] waarmee invulling wordt gegeven aan de genoemde motie.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen een nadere toelichting op de definitie van een Zvw-pgb zoals deze is weergegeven in artikel 1. Zij vragen wat er bedoeld wordt met «andere diensten» dan zorg. Zij vragen of hiermee ook activerende begeleiding en ontwikkeling mee kan worden bedoeld.

Met «andere diensten» wordt niet specifiek gedoeld op activerende begeleiding en ontwikkeling. Het Zvw-pgb is een instrument waarmee verzekerden zelf de benodigde verpleging en verzorging kunnen inkopen. Ook zal het mogelijk zijn om het Zvw-pgb in te zetten voor andere, bij algemene maatregel van bestuur genoemde, zorgvormen. Het gaat daarbij uiteraard om vormen van zorg die deel uitmaken van het basispakket van de Zvw. De verwijzing naar «zorg en andere diensten» wordt gebruikt om aan te sluiten bij de wijze waarop in de Zvw wordt verwezen naar het verzekerde pakket.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen waarom de regering heeft gekozen voor een «gemaximeerde vergoeding» in de definitie, mede in het licht van artikel 13a, lid 3 onder d. Zij vragen of het niet veel beter is om te spreken over een «passende» vergoeding.

Van gemaximeerde vergoeding wordt gesproken, omdat het gaat om een «budget». Dit houdt in dat de verzekeraar, anders dan bij een normale restitutie, vooraf aan de verzekerde aangeeft tot welk bedrag de kosten voor de ingekochte zorg vergoed kunnen worden. Bovendien kan de vergoeding voor specifieke prestaties op basis van dit wetsvoorstel worden gemaximeerd, waarbij de vergoeding voor niet-professionals anders is dan voor zorgverleners die de zorg beroeps- of bedrijfsmatig verlenen. In het licht van de zorgplicht van de verzekeraar is het evident dat, indien een Zvw-pgb wordt toegekend, het moet gaan om een passende vergoeding. De verzekerde moet immers in staat worden gesteld om in de vastgestelde zorgbehoefte te voorzien.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of de regering het met deze leden eens is dat voor zowel Intensive Kindzorg (IKZ), maar ook Medisch Specialistische Verpleging in de Thuissituatie (MSVT) voor jongeren onder de 18 jaar het pgb een volwaardig alternatief moet zijn voor zorg in natura.

---

[13] Kamerstukken II 2014/15, 34 104, nr. 64

Sinds de overheveling van verpleging en verzorging naar de Zvw vallen zowel intensieve kindzorg, als medisch specialistische verzorging thuis onder de aanspraak verpleging en verzorging. Aangezien het Zvw-pgb als mogelijkheid in de polissen van zorgverzekeraars is opgenomen voor deze aanspraak, is het instrument ook voor deze twee doelgroepen beschikbaar.
MSVT valt anders dan de rest van de wijkverpleging, onder het budgettair kader ziekenhuiszorg. Dat betekent dat zorgverzekeraars dit binnen dat kader moeten inbedden. Waar nodig zullen daarbij andere voorwaarden aan bijvoorbeeld de verantwoording door de verzekerde worden gesteld, omdat ook voor de zorgverzekeraar andere voorwaarden gelden.
Van belang is bovendien dat MSVT een zorgvorm is waarbij de indicatie gesteld wordt door de medisch specialist, die ook verantwoordelijk is voor de zorg die thuis wordt geleverd. Daarmee zal ook de budgethouder rekening moeten houden bij de inzet van het pgb.

De leden van de ChristenUnie-fractie begrijpen dat ouders die binnen het IKZ regime vallen moeite hebben met declareren. Zij vinden het nog steeds ingewikkeld om de uren van begeleiding onder persoonlijke verzorging te declareren en de uren van tijdelijk verblijf onder verpleging. Zij vragen of de regering met Per Saldo om tafel wil om deze knelpunten te bespreken.

Dit thema is al onderwerp van gesprek tussen VWS, ZN en Per Saldo.

Voor intensieve kindzorg, geldt dat naast verpleging en verzorging ook begeleiding, kortdurend verblijf en vervoer onder de Zvw-aanspraak vallen. Door de NZa zijn voor 2015 alleen de prestaties verpleging en verzorging beschreven. Hoewel duidelijk is dat begeleiding, kortdurend verblijf en vervoer gedeclareerd mogen worden, is dat op dit moment alleen mogelijk onder de prestatiebeschrijvingen verpleging en verzorging. Bij zorg in natura leidt dit niet tot problemen, omdat zorgverzekeraars hierover bij de inkoop afspraken kunnen maken. Voor het pgb hebben zorgverzekeraars in hun polissen een toelichting gegeven op hoe de zorg gedeclareerd kan worden. Desondanks heeft de regering begrip voor het signaal dat dit in de praktijk lastig is.
Vanaf 2016 wordt de aanspraken voor vervoer geëxpliciteerd onder de aanspraak zittend ziekenvervoer. Voor vervoer is daarmee de situatie dat ouders deze zorg via omrekencontructies onder verpleging en verzorging moesten declareren niet meer aan de orde. Kortdurend verblijf past al onder de huidige verblijfsaanspraak, maar werd daar voor intensieve kindzorg nog niet onder geschaard. Vanaf 2016 zal dat voor wat betreft de aanspraak wel het geval zijn. Over een oplossing voor de kosten voor verblijf vinden nog gesprekken plaats met partijen. Uitgangspunt is om tot een structurele bekostiging te komen waarbij zorgvuldigheid voorop staat. Uw Kamer wordt hierover in het najaar geïnformeerd.
Begeleiding/pedagogische ondersteuning valt onder de aanspraak verpleging en verzorging.

De leden van de ChristenUnie-fractie merken op, dat in de memorie van toelichting verschillende malen naar de bestuurlijke afspraken met de zorgverzekeraars wordt verwezen. Zij lezen, dat wanneer uit de praktijk blijkt dat de gemaakte afspraken niet voldoende tot uitwerking komen, dat de regering dan de mogelijkheid heeft om nadere regels te stellen. Deze leden zouden graag een toelichting willen op de wijze waarop de invulling van het Zvw-pgb door zorgverzekeraars wordt gemonitord. Zij vragen wie monitort en wanneer er wordt gemonitord. Zij vragen wanneer voor de regering het moment is aangebroken om nadere regels te stellen. Zij vragen wat er wordt bedoeld met deze bestuurlijke afspraken en of dit het onderhandelingsresultaat is tussen VWS/ Per Saldo en ZN. Indien er

andere afspraken worden bedoeld ontvangen deze leden graag de bestuurlijke afspraken waarop wordt gedoeld.
De leden van de GroenLinks-fractie vragen of de regering bereid is de toegankelijkheid van het pgb in de Zorgverzekeringswet nadrukkelijk te monitoren, zoals de door afzonderlijke zorgverzekeraars gehanteerde criteria en de ervaringen van (aspirant)pgb-houders met de toegankelijkheid van het Zvw-pgb.

Ten aanzien van de bestuurlijke afspraken: het gaat daarbij inderdaad om het onderhandelingsresultaat dat op 25 maart 2014 aan uw Kamer is gestuurd.[14] De bestuurlijke afspraken waren ten tijde van verzending aan uw Kamer nog niet door de betrokken partijen ondertekend. Daarom werd nog gesproken van een onderhandelingsresultaat. Kort daarna zijn de afspraken met handtekeningen van alle betrokkenen bekrachtigd. Sinds dat moment spreken wij van bestuurlijke afspraken.

In de bestuurlijke afspraken is met ZN en Per Saldo afgesproken om de uitwerking van het Zvw-pgb in de praktijk nauwlettend te volgen. Om hieraan invulling te geven wordt het Zvw-pgb over 2015 en 2016 gemonitord. Punten die hierbij aan de orde komen zijn:
1. Financiële houdbaarheid,
2. Afbakening van de doelgroep en de noodzaak tot aanscherping en/of toevoeging van de criteria op basis waarvan verzekerden in aanmerking komen voor een Zvw-pgb,
3. Kwaliteit van de ingezette zorg en
4. Verwerking van declaraties.

Omdat het Zvw-pgb pas sinds 1 januari 2015 bestaat, bestaat het voornemen over 2015 aanvullend te monitoren tot welke vragen, klachten en geschillen het Zvw-pgb heeft geleid.

De monitor zal door een extern onderzoeksbureau worden samengesteld op basis van gegevens van zorgverzekeraar/Vektis, de SVB, Per Saldo en de SKGZ. Om de monitor te begeleiden wordt een begeleidingsgroep geformeerd, bestaande uit een vertegenwoordiging van ZN/zorgverzekeraars, Per Saldo, de SVB en VWS.

Het streven is om de eerste monitor, over het jaar 2015, voor 1 april 2016 uit te brengen.

Voorop staat dat de regering er vanuit gaat dat zorgverzekeraars zich aan de gemaakte afspraken houden en dat het ingrijpen met een algemene maatregel van bestuur niet nodig zal zijn. Sinds de start van het Zvw-pgb zijn er nog geen signalen geweest dat zorgverzekeraars zich niet aan het bestuurlijke akkoord houden. Ook hebben zorgverzekeraars al diverse aanpassingen gedaan om knelpunten die in de praktijk naar boven kwamen aan te pakken. Een voorbeeld hiervan is de aanpassing van de wijze van declareren via minutenregistratie.

De bevoegdheid om bij algemene maatregel van bestuur nadere regels te stellen ligt bij de regering. Dat betekent dat de regering kan beslissen wanneer daartoe aanleiding is. Uiteraard zal eerst met partijen gesproken worden om te bezien of het mogelijk is om knelpunten via afspraken op te lossen.

De leden van de ChristenUnie-fractie zouden graag een nadere toelichting ontvangen op het uitbetalen van het Zvw-pgb. Zij vragen hoe dit in de praktijk werkt. In het advies van de Raad van State lezen deze leden dat

[14] Kamerstukken II 2013/2014, 25 657, nr. 104.

ervoor gekozen is om niet via de SVB uit te betalen. Zij vragen waarom de regering er niet voor heeft gekozen om bij de uitvoering van het pgb onder alle wetten één lijn te trekken. Tegelijkertijd ontvangen deze leden wel berichten van cliënten die een pgb uit de Zvw via de SVB ontvangen. Graag een reactie. Deze leden vragen of het klopt dat de SVB pas een pgb-zorgverlener kan uitbetalen nadat de loonstrook is goedgekeurd door de zorgverzekeraar. Deze leden vragen zich of dit niet omslachtig is. Het is toch zo dat de SVB deze controlerende taak dient te hebben en niet de zorgverzekeraars, zo vragen deze leden. Zij vragen of de regering het met hen eens is dat dit ervoor zorgt dat zorgverleners, die werken voor cliënten die hun budget krijgen vanuit de zorgverzekeringswet, onnodig lang op hun salaris moeten wachten. Deelt de regering de mening dat voor deze zorgverleners een oplossing dient te komen?

Het Zvw-pgb wordt, anders dan de pgb's in de overige domeinen, niet uitgevoerd in de vorm van een trekkingsrecht. Dit betekent dat het beheer van het pgb-budget niet bij wet is opgedragen aan de SVB, maar ligt bij de zorgverzekeraars. De Zvw-budgethouder declareert de zorgkosten rechtstreeks bij de eigen zorgverzekeraar en draagt zelf zorg voor de betaling van de zorgverlener. Een uitzondering geldt voor Zvw-budgethouders die zich op vrijwillige basis bij hun werkgeverstaken laten ondersteunen door de SVB. In de bestuurlijke afspraken tussen VWS, ZN en Per Saldo is overeengekomen dat de budgethouder, indien hij dat wenst, voor de ondersteuning bij zijn werkgeverstaken gebruik kan maken van de diensten van de SVB. Daartoe behoren onder meer de salarisadministratie en de uitbetaling van zorgverleners. De declaraties van de budgethouder lopen in dit geval via de SVB.

Omdat het pgb niet wordt beheerd door de SVB, maar door de zorgverzekeraar, legt de SVB de declaraties van de pgb-houder, na toetsing aan de zorgovereenkomst, ter voorafgaande goedkeuring voor aan de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar controleert onder andere of er recht op een pgb bestaat en of er nog voldoende budget resteert om de declaratie te kunnen betalen. Na goedkeuring betaalt de SVB het salaris uit aan de zorgverlener ten laste van het budget van de verzekerde. De hiervoor beschreven procedure voor de uitbetaling van zorgverlener(s) namens de budgethouder die vrijwillig gebruik maakt van de diensten van de SVB, omvat de noodzakelijke stappen die gezet moeten worden om tot betaling over te kunnen gaan. Daarbij is, zowel bij de SVB als bij de zorgverzekeraars, uitgegaan van de kortst mogelijke doorlooptijd. In overleg tussen alle betrokken partijen wordt momenteel bezien op welke wijze de afhandeling van declaraties in 2016 het beste kan worden vormgegeven.

De leden van de GroenLinks-fractie constateren dat voorliggend wetsvoorstel op een aantal onderdelen nog verder uitgewerkt zal worden in een amvb. Zij vragen of de tekst van die amvb al bekend is en of de regering bereid deze voor inwerkingtreding met de Kamer te delen.

Momenteel wordt door VWS overleg gevoerd met ZN en Per Saldo over de bij algemene maatregel van bestuur uit te werken onderwerpen. De regering is vooralsnog voornemens om alleen regels te stellen over maximale vergoedingen en over de zorgvormen die met het Zvw-pgb kunnen worden ingekocht. De bestuurlijke afspraken met Per Saldo en ZN bieden voor het overige voldoende kaders voor een goede uitvoering van het Zvw-pgb. De algemene maatregel van bestuur zal worden geconcipieerd op basis van de uitkomsten van dat overleg. Ik hoop het overleg met ZN en Per Saldo spoedig te kunnen afronden, maar een zorgvuldig proces neemt nog enige tijd in beslag. Naar verwachting zal de Kamer in oktober kunnen worden geïnformeerd over de uitkomsten van het overleg met ZN en Per Saldo. In verband met de beoogde inwerkingtreding van

het wetsvoorstel per 2016 zou dat na de behandeling van het wetsvoorstel in uw Kamer zijn.

De leden van de SGP-vragen hoe de regering ervoor zorgt dat zowel IKZ, maar ook MSVT voor jongeren onder de 18 jaar en PTZ als bijzondere groepen aangemerkt worden, waarin het pgb een volwaardig alternatief is voor zorg in natura.

Sinds de overheveling van verpleging en verzorging naar de Zvw vallen zowel intensieve kindzorg, als medisch specialistische verzorging thuis onder de aanspraak verpleging en verzorging. Aangezien het Zvw-pgb als mogelijkheid in de polissen van zorgverzekeraars is opgenomen voor deze aanspraak, is het instrument ook voor deze twee doelgroepen beschikbaar.
MSVT valt anders dan de rest van de wijkverpleging, onder het budgettair kader ziekenhuiszorg. Dat betekent dat zorgverzekeraars dit binnen dat kader moeten inbedden. Waar nodig zullen daarbij andere voorwaarden aan bijvoorbeeld de verantwoording door de verzekerde worden gesteld, omdat ook voor de zorgverzekeraar andere voorwaarden gelden.
Van belang is bovendien dat MSVT een zorgvorm is waarbij de indicatie gesteld wordt door de medisch specialist, die ook verantwoordelijk is voor de zorg die thuis wordt geleverd. Daarmee zal ook de budgethouder rekening moeten houden bij de inzet van het pgb.

Over de palliatief terminale zorg is in de praktijk verwarring ontstaan. Niet in alle situaties is duidelijk of deze doelgroep nu wel of niet voor een Zvw-pgb in aanmerking komt. Dat hangt waarschijnlijk samen met de afbakening van de doelgroep volgens de afspraak in het bestuurlijk akkoord met ZN en Per Saldo dat de zorgvraag langdurig moet zijn. Onder de AWBZ was geëxpliciteerd dat een verzekerde niet in aanmerking kwam voor een pgb, als hij een indicatiebesluit had met een geldigheidsduur korter dan een jaar, tenzij sprake was van een langdurige zorg behoefte. Beoogd was om in de bestuurlijke afspraken een vergelijkbare afbakening te maken. Onder de AWBZ was vanzelfsprekend dat verzekerden die palliatief terminale zorg nodig hadden een langdurige zorgbehoefte hadden, omdat de zorgvraag tot het einde van het leven was. Dat is in de bestuurlijke afspraken over het Zvw-pgb niet geëxpliciteerd, waardoor hierover onduidelijkheid is ontstaan.
De regering wil benadrukken dat het de bedoeling is dat verzekerden met een palliatief terminale zorgbehoefte in aanmerking kunnen komen voor een Zvw-pgb, ook als de zorgvraag korter is dan een jaar. Daarbij toetst de zorgverzekeraar uiteraard wel of de verzekerde en zijn zorgvraag aan de afgesproken inhoudelijke voorwaarden voldoen. Het Zvw-pgb is niet in eerste instantie bedoeld voor situaties waarin de palliatief terminale zorg op zichzelf staat en kortdurend is.

Het lid van de 50PLUS-fractie heeft diverse voorbeelden van klantonvriendelijke communicatie van zorgverzekeraars omtrent de afwijzing van een pgb-aanvraag ontvangen. Zo wordt gesteld dat de klant niet aan één van de vier criteria voldoet, maar wordt niet nader gespecificeerd welke voorwaarde dit is en waarom. Hij vraagt of dat de regering bekend is. Hij vraagt of de regering bereid is in gesprek te gaan met zorgverzekeraars om te bezien hoe dit verbeterd kan worden.

Het is van belang dat de afweging voor toewijzing van pgb door de zorgverzekeraar zorgvuldig gebeurt. Voor de aanvrager moet het duidelijk en zorgvuldig beargumenteerd zijn waarom een aanvraag wordt afgewezen. Voor dit punt is aandacht gevraagd bij ZN.

Wanneer een verzekerde zich niet kan vinden in een afwijzing, dan staat de gebruikelijke klachtenprocedure bij de eigen verzekeraar open. En zo nodig kan de SKGZ worden ingeschakeld.

4. Fraudetoets

De leden van de SP-fractie lezen dat bepaalde partijen constateren dat met de voorgestelde artikelen binnen de systematiek van de Zvw extra waarborgen voor de fraudebestendigheid zijn ingebouwd. Zij vragen wie deze partijen zijn. Zij vragen welke partijen waren uitgenodigd voor en / of hebben deelgenomen aan de genoemde expertmeeting op dit onderwerp. Zij vragen wat precies die ingebouwde waarborgen zijn en of de regering daarvan een helder overzicht kan geven.

Aan de fraudetoets hebben deelgenomen vertegenwoordigers van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), het Zorginstituut Nederland, het Openbaar Ministerie, het Ministerie van Veiligheid en Justitie, de Inspectie SZW, ZN en de NZa.
Tijdens de expertmeeting is onder meer aan de orde geweest dat het Zvw-pgb fraudebestendiger is door de wijze waarop zorgverzekeraars de mogelijkheid krijgen om te toetsen of een verzekerde in aanmerking komt, door het feit dat het om een afgebakende doelgroep gaat (aanspraak verpleging en verzorging), zodat het vraagstuk overzichtelijker en daarmee fraudebestendiger wordt, en door het feit dat zorgverzekeraars vanuit de systematiek van de Zvw, binnen grenzen, zelf bevoegdheid hebben om nadere voorwaarden te stellen, bijvoorbeeld aan de manier van verantwoording.

De toegenomen fraudebestendigheid blijkt wel tot gevolg te hebben dat de uitvoering van de strafrechtelijke vervolging in geval van geconstateerde fraude ingewikkelder zal zijn, zo constateren de leden van de SP-fractie. Dit is dan toch een zeer ongewenst effect, zo stellen zij. Ze vragen wat de mogelijkheden zijn om dit te voorkomen. Fraude plegen wordt moeilijker, maar diegene die daarin toch slagen, juist de gewiekste malafide-bureautjes, mogen toch geen strafvervolging ontlopen, zo stellen de leden. Zij vragen welke andere instrumenten allemaal ingezet kunnen worden, en of de regering kan aangeven of er nog wel voldoende mogelijkheden zijn om daadwerkelijk bewust gepleegde fraude met het Zvw-pgb te bestraffen.

In algemene zin zullen de mogelijkheden voor fraude kleiner worden, naarmate de preventie, toezicht en handhaving worden aangescherpt. Fraudeurs zijn echter creatief en zullen binnen de nieuwe marges op zoek gaan naar modus operandi waarmee ze toch geld uit het systeem kunnen onttrekken. Dat kan tot gevolg hebben dat fraudezaken complexer worden, maar het maakt strafrechtelijke vervolging niet onmogelijk. Het stelt wel hogere eisen aan het Openbaar Ministerie (OM) en de opsporingsdiensten om na te gaan hoe de fraude in elkaar zit, maar daar zijn genoemde partijen op toegerust.

Tijdens een expertmeeting over het Zvw-pgb is aan de orde gesteld dat strafrechtelijke vervolging in dit kader ingewikkelder zal zijn, omdat er geen algemeen kader is en steeds op basis van de specifieke polisvoorwaarden bekeken zal moeten worden of er een basis is voor strafrechtelijke vervolging. Dat is daarmee niet onmogelijk, maar vraagt wel meer maatwerk. Overigens hebben zorgverzekeraars de afspraken over het Zvw-pgb in grote mate gezamenlijk vastgelegd in een modelreglement, waardoor de verschillen tussen de polissen beperkt zijn.
Naast de mogelijkheid van strafrechtelijke vervolging hebben verzekeraars civielrechtelijke instrumenten om fraude te voorkomen en aan te pakken.

In het kader van preventie toetst de verzekeraar aan de voorkant of de verzekerde aan de voorwaarden voldoet en kan hij het pgb weigeren. Daarnaast voert de verzekeraar achteraf de reguliere (materiële en formele) controles uit op de rechtmatigheid van de door de verzekerde ingediende declaraties. Als de verzekeraar een onrechtmatigheid constateert (bijvoorbeeld het in rekening brengen van een onjuiste prestatie of tarief), kan hij de declaratie van de verzekerde afwijzen. Bij gerede vermoedens van fraude heeft de verzekeraar tevens de mogelijkheid om een fraudeonderzoek in te stellen. Als er daadwerkelijk fraude door de zorgaanbieder of verzekerde wordt vastgesteld, bijvoorbeeld omdat de gedeclareerde zorg niet is geleverd, kan de verzekeraar verschillende maatregelen treffen die zijn benoemd in de «Maatregelenrichtlijn» van Zorgverzekeraars Nederland. Het betreft onder meer een waarschuwing, interne signalering, opzegging van de verzekering, registratie in het Extern Verwijzingenregister (EVR), het doorberekenen van controlekosten, terugvorderen van onverschuldigd betaalde gelden, of een verzoek tot handhaving via het bestuursrecht, tuchtrecht of strafrecht. In de strafrechtketen betekent dit dat de verzekeraar aangifte doet bij het OM.

De leden van de SP-fractie vragen of de regering kan toezeggen dat er bij gerede vermoedens van fraude en de wil van zorgverzekeraars om bij een bemiddelingsbureau of zorgaanbieder een inval te doen, dat de NZa dan altijd mee gaat ten einde bewijsmateriaal veilig te stellen. Zij vragen of de regering erkent dat als een zorgverzekeraar een malafide organisatie in het vizier heeft en zij gericht gegevens gaat uitvragen of vragen over de rechtmatigheid gaat stellen, dat degene die onder het vergrootglas ligt alle tijd en ruimte heeft om bewijsmateriaal te verdoezelen. Zij stellen dat dat niet het geval is als de NZa altijd meegaat en uit hoofde van haar toezichthoudende taak op de Wmg en de Zvw bewijsmateriaal kan veilig stellen en vragen de regering hier op te reageren.

Zoals in het voorgaande antwoord aangegeven, hebben zorgverzekeraars de mogelijkheid om bij constatering van fraude een verzoek te doen tot handhaving via het bestuursrecht, tuchtrecht of strafrecht. In het Centraal Selectieoverleg Zorg (CSO Zorg) wordt onder leiding van het Functioneel Parket van het OM een afweging gemaakt of een zaak in aanmerking komt voor een strafrechtelijk vervolg, of dat een andere (bijvoorbeeld bestuurs- of tuchtrechtelijk) aanpak meer geëigend is. Bij een gang via het strafrecht wordt een opsporingsonderzoek gestart door een (bijzondere) opsporingsdienst (in dit geval de Inspectie SZW), onder leiding van een officier van justitie van het Openbaar Ministerie (OM/FP). In het kader van het opsporingsonderzoek kan het OM/FP ertoe besluiten om een inval te doen bij de verdachte partij. Bij een inval neemt de opsporingsdienst al het bewijsmateriaal in beslag, zodat dit niet kan worden vernietigd.
Vanuit zijn rol als toezichthouder op de Wmg en de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars heeft de NZa onder andere de mogelijkheid om in een bestuursrechtelijke vervolgtraject informatieverzoeken te doen, aangekondigd of onaangekondigd bedrijfsbezoeken af te leggen en toezichtonderzoeken uit te voeren. De informatie die de NZa daarbij vergaart, kan later als basis dienen voor een mogelijk handhavingsbesluit (bijv. bestuurlijke boete, last onder dwangsom, aanwijzing). De NZa is bevoegd op te treden tegen zorgaanbieders die in strijd met de Wmg handelen. De NZa houdt geen toezicht op bemiddelingsbureaus die alleen financieel-administratieve diensten ten behoeve van verzekerden/budgethouder verrichten, omdat deze niet onder het bereik van de Wmg vallen.

De regering onderzoekt welke nadere maatregelen noodzakelijk zijn om malafide zorgbureaus en frauderende PGB-bemiddelingsbureaus tegen te gaan. Zoals toegezegd in de brief van 29 januari jl.[15] werkt de regering aan een toekomstagenda om het PGB nog meer solide, en bestendig tegen misbruik en fraude te maken. Deze wordt in het najaar aan u toegestuurd. Onder meer het aanpakken van malafide zorgbureaus en frauderende PGB-bemiddelingsbureaus wordt daarin meegenomen.

Zorgverzekeraars hebben overigens niet de bevoegdheid invallen te doen bij zorgaanbieders die zij van fraude verdenken. Dit recht hebben alleen publieke instanties (zoals politie, Inspectie SZW en NZa), die deze bevoegdheid ook in het kader van het Zvw-pgb kunnen inzetten.

Het is de leden van de CDA-fractie nog niet helemaal duidelijk of de het uitsluiten van ouderen met normale ouderdomsprocessen voor een pgb is komen te vervallen. De regering schrijft dat er geen leeftijdsgrens zal worden gehanteerd. Het niet-hanteren van een leeftijdsgrens is echter iets anders dan het verstrekken van een persoonsgebonden budget aan mensen die enkel en alleen met normale verouderingsprocessen te maken hebben. Graag willen de leden van de CDA-fractie nog een nadere toelichting van de regering hebben. Zij vragen of het klopt dat mensen met normale ouderdomsverschijnselen nu wel recht op een persoonsgebonden budget hebben. Zij vragen of dit betekent dat een persoon met dementie dan wel alzheimer een persoonsgebonden budget krijgt. De leden van de CDA-fractie zouden het positief vinden als het persoonsgebonden budget ook beschikbaar komt voor ouderen met normale ouderdomsverschijnselen. Genoemde leden vragen echter wel of zorgverzekeraars daarna als aanvullende voorwaarde kunnen opnemen dat ze geen persoonsgebonden budget verstrekken voor mensen met normale ouderdomsverschijnselen. Als dit mogelijk is, wat vindt de regering hiervan?
Het lid van de 50PLUS-fractie leest in de memorie van toelichting dat er tussen de partijen overeenstemming is bereikt over de uitleg van de gewraakte passage dat verzekerden met functiebeperkingen veroorzaakt door normale verouderingsprocessen, werden uitgesloten van het Zvw-pgb. Mits voldaan wordt aan de op pagina 4 van de memorie van toelichting genoemde inhoudelijke voorwaarden, zullen ouderen in aanmerking kunnen komen. Vanwaar kunnen komen? Dit lid vraagt of er dan nog een extra voorwaarde wordt gesteld. Hij vraagt of de genoemde overeenstemming is vastgelegd en, zo ja, op welke wijze en waar.

Het hebben van functiebeperkingen die worden veroorzaakt door «normale verouderingsprocessen» is geen reden om een verzekerde een Zvw-pgb te weigeren. ZN, Per Saldo en VWS hebben overeenstemming over wat destijds met de passage is bedoeld. Uw Kamer is daarover geïnformeerd in het verslag van een schriftelijk overleg dat op 11 juni 2014 aan is verzonden.[16] ZN heeft mij geïnformeerd dat deze zinsnede om onduidelijkheid te voorkomen per 2016 niet meer zal worden opgenomen in het modelreglement Zvw-pgb.
Een persoon met dementie kan een persoonsgebonden budget krijgen, als hij aan de voorwaarden voldoet. Niet waarschijnlijk is dat deze persoon zelf in staat is het pgb te beheren. Dan is bijvoorbeeld nodig dat een (wettelijk) vertegenwoordiger daar wel toe in staat is. Er is geen sprake van aanvullende voorwaarden voor deze doelgroep. Voor alle aanvragen voor een Zvw-pgb blijft wel relevant dat het moet gaan om een langdurige zorgvraag. Zorgverzekeraars zullen daar ook op toetsen.

---

[15] Kamerstukken II, 2014/15, 25 657, nr. 113
[16] Kamerstukken II 2013/14, 25 657, nr. 107.

De leden van de CDA-fractie vragen of de budgethouder de flexibiliteit van het budget kan behouden. De ene maand is er bijvoorbeeld meer budget nodig dan de andere maand, omdat de zorgvraag door de beperking wisselt. Zij vragen of de regering vindt dat hier voldoende rekening mee is gehouden in dit wetsvoorstel.

Als sprake is van een wisselende zorgvraag, dan is het van belang dat dit terugkomt in de indicatiestelling van de wijkverpleegkundige en het budgetplan van de verzekerde. Op basis daarvan kan de verzekerde afspraken maken met zijn zorgverzekeraar over de wijze waarop flexibele inzet van het budget mogelijk is.
Het wetsvoorstel biedt hiervoor voldoende ruimte. Het bepaalt immers niet hoe het Zvw-pgb moet worden vormgegeven, maar slechts dat zorgverzekeraars het in alle polissen moeten opnemen.

De leden van de CDA-fractie willen van de regering weten hoe de zorgverzekeraars omgaan met het medisch beroepsgeheim als mensen met ggz-problematiek een persoonsgebonden budget aanvragen voor wijkverpleging. Zij vragen welke medisch inhoudelijke informatie aanvragers van een persoonsgebonden budget aan de zorgverzekeraar moeten geven en aan welke wettelijke grenzen zorgverzekeraars zich moeten houden.

Voor de uitvoering van de zorgverzekering en de Zvw mogen zorgverzekeraars beschikken over persoonsgegevens – waaronder medische gegevens – van hun verzekerden. De verwerking van de gegevens is doelgebonden: alleen indien de verwerking van (medische) gegevens noodzakelijk is voor de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst en de Zvw mogen deze worden verwerkt.
Ten behoeve van de behandeling van een aanvraag van een Zvw-pgb zullen aan de zorgverzekeraar de persoonsgegevens verstrekt dienen te worden die noodzakelijk zijn om te beoordelen of de verzekerde voldoet aan de voorwaarden voor het verkrijgen van het Zvw-pgb voor verpleging en verzorging. In beginsel zullen die gegevens verstrekt worden door de verzekerde zelf als aanvrager van het Zvw-pgb; de gegevens kunnen met toestemming van de verzekerde ook door de zorgaanbieder verstrekt worden. Daarnaast kan een zorgverzekeraar zich in het kader van materiële controle of fraudeonderzoek rechtstreeks tot de zorgaanbieder wenden voor het verkrijgen van de noodzakelijke gegevens. Zorgverzekeraars hebben zich bij het verwerken van persoonsgegevens te houden aan de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp), de Zvw en de daarop gebaseerde Regeling zorgverzekering.

De leden van de ChristenUnie-fractie verwijzen naar het «bewust keuzegesprek». Zij vragen of het klopt dat slechts enkele zorgverzekeraars deze bewuste keuzegesprekken ook voeren met cliënten. Zij vragen of de regering het ook van belang vind dat dit gesprek breder gevoerd wordt. Zij vragen op welke manier dit onderdeel kan uitmaken van het uitvoeren van het Zvw-pgb.

In de bestuurlijke afspraken over het Zvw-pgb is vastgelegd dat de zorgverzekeraar een bewust keuze gesprek kan inzetten bij de beoordeling of een verzekerde in aanmerking komt voor een Zvw-pgb. De regering vindt het bewust keuze gesprek een belangrijk instrument, omdat het niet alleen inzicht geeft in de vraag of de verzekerde inderdaad zelf voor het pgb kiest, maar ook of de verzekerde aan de gestelde voorwaarden voldoet. Bovendien is het een moment waarop de zorgverzekeraar de verzekerde kan informeren over hoe het Zvw-pgb is vormgegeven.

ZN heeft mij geïnformeerd geen informatie te hebben over de wijze waarop individuele zorgverzekeraars dit invullen. Het voornemen bestaat om in het modelreglement Zvw-pgb voor 2016 het bewust keuze gesprek in ieder geval standaard te voeren, als een zorgverzekeraar op basis van de aanvraag van oordeel is dat de zorgvraag van de verzekerde niet voldoet aan de afgesproken criteria.

5. Gevolgen voor de regeldruk

De leden van de CDA-fractie lezen dat de regering bij de regeldruk stelt dat dit afhangt van de regels die zorgverzekeraars en gemeenten stellen. Dit vinden de leden van de CDA-fractie een wat gemakkelijk antwoord. De regering heeft toch een wetsvoorstel Wmo 2015 naar de Kamer gestuurd waar het traject om in aanmerking te komen voor een voorziening danig uitgebreid is dat leidt voor de gemeente tot een toename van administratieve lasten ongeacht wel of geen toekenning van het pgb. Zij stellen dat daarbij niet wordt gerept over de administratieve lastendruk voor burgers die zorg gebruiken. Zij vragen of de overheid denkt dat die lastendruk het afgelopen jaar is gestegen of gedaald en wat de overheid hiervan vindt.

Zoals begin deze zomer in de Kamerbrief «Merkbaar minder regeldruk»[17] aan u is aangegeven heeft de vermindering van de regeldruk in de zorg grote prioriteit. De afgelopen jaren is enerzijds al hard gewerkt om de regeldruk te verlichten. De lastendruk is door verschillende maatregelen van VWS tot nu toe met zo'n € 180 mln afgenomen.[18] Een belangrijke les is echter dat de uitvoerende partijen de genomen maatregelen niet altijd als een lastenvermindering ervaren hebben. Hoewel de maatregelen op papier wel degelijk een effect hebben, nam de ervaren regeldruk niet navenant af.

Dit onder meer doordat de regeldruk wordt afgemeten aan overheidsregulering, maar dat de regeldruk zeker niet enkel door overheidsregulering wordt veroorzaakt, maar door meerdere factoren. Denk bijvoorbeeld aan de informatie uitvraag door verschillende partijen en organisaties buiten de eigen zorginstelling en uitvraag, processen en procedures binnen de eigen zorginstelling. Deze vallen buiten de rijksbreed gehanteerde definitie van regeldruk, die zich richt op alle kosten die burgers, professionals of bedrijven maken om te voldoen aan wet- en regelgeving opgelegd door de overheid, anders dan via financiële transacties met de overheid.

Zoals aangegeven in de memorie van toelichting heeft dit wetsvoorstel in zichzelf geen gevolgen voor de administratieve lasten en nalevingskosten. Het Zvw-pgb wordt in 2015 immers al uitgevoerd op grond van bestuurlijke afspraken tussen ZN, Per Saldo en VWS.

Voor zover de leden van de CDA-fractie verwijzen naar de regeldruk in de Wmo, verwijst de regering naar de behandeling van de Wmo 2015.

6. Artikelsgewijs

Artikel 13a

In het artikel wordt het woord «desgevraagd gebruikt. Betekent dit dat de zorgverzekeraar niet actief hoeft te communiceren over de mogelijkheid om een pgb aan te vragen», zo vragen de leden van de CDA-fractie.

---

[17] Kamerstukken II 2014/15, 29 515, nr. 364
[18] Brief van de Minister van Economische Zaken, Voorjaarsrapportage regeldruk (Kamerstukken II, 2014/2015, 29 515, nr. 361).

Met het woord «desgevraagd» wordt aangegeven dat de verzekerde zal moeten verzoeken om een Zvw-pgb. Het kan niet zo zijn dat een Zvw-pgb wordt verstrekt zonder dat de verzekerde dat wil. De verzekeraar moet altijd de zorgplicht nakomen. De regering gaat er vanuit dat verzekeraars hun eigen verzekerden juist in het licht van die zorgplicht wijzen op de mogelijkheid van een Zvw-pgb, waarop de verzekerde die desgewenst kan aanvragen.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M.J. van Rijn